

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica

Anriet Barros de Siqueira

Ultrapassar umbrais: considerações sobre a transferência na porta
de entrada de um ambulatório de saúde mental.

Rio de janeiro

Maio/2021

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica

Ultrapassar umbrais: considerações sobre a transferência na porta de
entrada de um ambulatório de saúde mental.

Anriet Barros de Siqueira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Teoria Psicanalítica, do Instituto de Psicologia, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários para a obtenção do Título de Mestre
em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Anna Carolina Lo Bianco Clementino

Rio de Janeiro
Maio/2021

Ultrapassar umbrais: considerações sobre a transferência na porta
de entrada de um ambulatório de saúde mental.

ANRIET BARROS DE SIQUEIRA

ORIENTADORA: PROF^A. DR^A. ANNA CAROLINA LO BIANCO
CLEMENTINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Presidente da Banca, Prof^a. Dr^a. Anna Carolina Lo Bianco Clementino (UFRJ)

(Orientadora)

Prof. Dr. Fabio Malcher Martins de Oliveira (UFRJ)

Prof. Dr. Carlos Henrique Kessler (UFRGS)

Rio de Janeiro
Maio/2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S618	<p>Siqueira, Anriet Barros de. Ultrapassar umbrais: considerações sobre a transferência na porta de entrada de um ambulatório de saúde mental / Anriet Barros de Siqueira. Rio de Janeiro, 2021. 79 f.</p> <p>Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco.</p> <p>Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2021.</p> <p>1. Psicanálise. 2. Acolhimento nos serviços de saúde. 3. Saúde mental. I. Lo Bianco, Anna Carolina. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.</p> <p style="text-align: right;">CDD: 150.195</p>
------	--

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

Agradecimentos.

A minha orientadora, Anna Carolina Lo Bianco, pela paciência e pela presença fundamental para o desenvolvimento dessa dissertação.

Aos docentes do departamento de Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pela dedicação e compromisso com a transmissão dos conceitos psicanalíticos.

A todos os colegas com quem trabalhei no ambulatório de saúde mental do Centro Municipal de Saúde Clementino Fraga no Rio de Janeiro, por compartilharem as dificuldades e alegrias.

Aos pacientes que tive a oportunidade de acompanhar, por todos os ensinamentos.

Aos meus pais, pelo constante incentivo.

Resumo

SIQUEIRA, A.B. – Ultrapassar umbrais: considerações sobre a transferência na porta de entrada de um ambulatório de saúde mental. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. IP/UFRJ. 2021.

Esta dissertação decorre da experiência de trabalho desenvolvido na porta de entrada de um ambulatório através dos grupos de acolhimento. Reiteramos que estes espaços institucionais de atendimento, tendo a clínica da recepção como referência, são considerados lugares de passagem que possuem como destino final o encaminhamento para um tratamento. No entanto, ao longo dos encontros no grupo, percebemos que este tempo transitório da recepção, não impede e até mesmo requer que se estabeleça uma relação entre a fala de quem busca um atendimento – e supõe um saber à instituição – e a escuta de quem acolhe. Trata-se de receber o pedido que nos chega e estabelecer com ele uma relação de trabalho. Recorrendo assim, a alguns recursos que a teoria psicanalítica nos fornece, como a associação livre e a atenção flutuante, observamos que, na medida em que não respondemos de forma imediata à queixa do (a) paciente, possibilitamos uma mudança de sua posição tanto em relação à determinação de seu sofrimento quanto a sua própria expectativa do que este Outro pode lhe oferecer. Há então uma implicação do (a) paciente sobre aquilo que lhe faz sofrer, remetendo-o assim, a um desconhecido de si mesmo que se apresenta através de seu sintoma, isto é, um saber inconsciente. Esta interlocução assimétrica permite, desta forma, a instauração da transferência que passa a se apresentar como uma ferramenta importante para o manejo de todo o trabalho clínico a ser realizado na recepção. Considerada a transferência um dos conceitos fundamentais da psicanálise, é a partir da obra de Freud que poderemos esclarecer as interrogações quanto a sua função (repetir, resistir ou suggestionar), à índole do transferido na pessoa do analista (imagos, estruturas ou afetos) e a especificidade da sua ação, seja na psicanálise, seja em outras disciplinas. A transferência para Freud era um processo constituído pela fala e consistia na transferência do saber inconsciente para a pessoa do médico. O saber transferido era um saber sobre as coisas *não sabidas* do próprio paciente, produzido no atendimento pela

rememoração e repetição. Desta forma, a transferência trata da repetição de fatos e de fantasias que são deslocadas de uma pessoa anterior à figura do médico. Com Lacan, enfatizamos a noção de sujeito suposto saber como suporte para a transferência. Para este autor, o (a) paciente supõe ao médico, e aqui incluímos também a instituição, ou seja, a função que este representa na relação transferencial, um saber, pela via do amor, sobre o seu desejo. A suposição de um saber passa então a ser produto da situação clínica, e ao mesmo tempo, é a responsável por sua existência. Desse modo, a transferência se manifesta na relação com alguém a quem se fala. Assim, concluímos que a fala é o único meio pelo qual qualquer atendimento pode se constituir, e isto também pode ser identificado nos grupos de acolhimento. Por conseguinte, apostamos que estes espaços, com a proposta do ato clínico da recepção, podem ser tomados, dentro do trabalho a ser realizado nos ambulatórios, como limiares, como lugares de acesso a um dizer que não se restringe ao diagnóstico, ou seja, a um dizer que aponta para o desejo e tem na relação transferencial o seu suporte para esta trajetória.

Palavras-chave: Psicanálise, transferência, ambulatório público, grupo de acolhimento, saúde mental.

Abstract

SIQUEIRA, A.B. – Overcoming thresholds: considerations about the transfer at the entrance door of a mental health outpatient clinic. Dissertation presented to the Graduate Program in Psychoanalytic Theory. IP/UFRJ. 2021.

This dissertation derives from the work experience developed at the entrance door of an outpatient clinic through the host groups. We reiterate that these institutional spaces of care, with the reception clinic as a reference, are considered places of passage that have as their final destination the referral for a treatment. However, throughout the meetings in the group, we realize that this transitory time of reception does not prevent and even requires establishing a relationship between the speech of those who seek a care – and suppose a knowing to the institution – and the listening of those who welcome. It is about receiving the request that comes to us and establishing with it a working relationship. Using some resources that psychoanalytic theory provides us, such as free association and fluctuating attention, we observed that, to the extent that we do not respond immediately to the patient's complaint, we enable a change of his position both in relation to the determination of his suffering and his own expectation of what this Other can offer him. There is then an implication of the patient about what makes him suffer, thus referring him to an unknown of himself who presents himself through his symptom, that is, to an unconscious knowledge. This asymmetric interlocution allows, in this way, the establishment of the transfer, which starts to present itself as an important tool for the management of all clinical work to be performed at reception. Considering the transference one of the fundamental concepts of psychoanalysis, it is from Freud's work that we can clarify the questions as to its function (repeat, resist or suggest), the nature of the transferred in the analyst's person (imagos, structures or affections) and the specificity of its action, whether in psychoanalysis or in other disciplines. The transference to Freud was a process constituted by speech and consisted of the transfer of unconscious knowledge to the person of the doctor. The transferred knowledge was a knowledge about the things *not known of* the patient himself, produced in the care by remembrance and repetition. The transfer deals with the

repetition of facts and fantasies that are displaced from a person prior to the figure of the doctor. With Lacan, we emphasize the notion of subject supposed to know as support for transference. For this author, the patient supposes to the doctor, and here we also include the institution, that is, the function that this represents in the transference relationship, a knowing, through love, about his desire. The assumption of knowledge then becomes a product of the clinical situation, and at the same time, is responsible for its existence. In this way, the transference manifests itself in the relationship with someone to whom one speaks. Thus, we conclude that speech is the only means by which any care can be constituted, and this can also be identified in the host groups. Therefore, we bet that these spaces, with the proposal of the clinical act of reception, can be taken, within the work to be performed in the outpatient clinics, as thresholds, as places of access to a saying that is not restricted to the diagnosis, that is, to a saying that points to desire and has in the transference relationship its support for this trajectory.

Keywords: Psychoanalysis, transference, public outpatient clinic, host group, mental health.

Sumário

Introdução.	11
Capítulo 1 - A porta de entrada: o acolhimento de quem chega ao ambulatório.	16
1.1. A clínica da recepção: um lugar para a escuta num tempo de suspensão.	18
1.1.1. Um lugar para a escuta na clinica da recepção.	19
1.1.2. Um tempo de suspensão na clinica da recepção.	23
1.1.3. Interjogo de possibilidades: o lugar de quem escuta.	27
1.2. Grupo de acolhimento e entrevistas preliminares: uma aproximação.	29
Capítulo 2 - O grupo de acolhimento num ambulatório de saúde mental: uma experiência de trabalho.	35
2.1. O espaço e as coordenadas institucionais.	36
2.2. O ato clínico nos grupos de acolhimento.	44
Capítulo 3 - A transferência nos grupos de acolhimento: algumas reflexões.	51
3.1. Freud e a transferência: um limiar para a clínica.	55
3.2. O lugar do suposto saber nos grupos de acolhimento.	63
3.3. Sobre a transferência nos grupos de acolhimento.	68
Considerações finais.	72
Bibliografia.	75

Introdução.

Nos dias de hoje, observamos que, pouco se tem pesquisado sobre o trabalho que é realizado nos ambulatórios de saúde mental. Conseqüentemente, podemos considerar que isto acarreta certo desconhecimento ao que vem sendo desenvolvido nestes espaços de atendimento, o que, reforça e promove uma concepção do ambulatório pautada nas consultas individuais espaçadas e na prescrição de receitas. No entanto, não podemos desconsiderar que estas ideias também permanecem devido a alguns serviços persistirem em se manter ancorados nesta forma de funcionamento. Entretanto, concomitantemente, temos observado a existência de ambulatórios que se encontram em constante processo de transformação, e assim, podem ser reconhecidos como um dispositivo clínico legítimo e potente no campo da atenção psicossocial. Um dispositivo propulsor de novos arranjos subjetivos.

Estas duas formas possíveis de apresentação dos ambulatórios que mencionamos acima podem, segundo Tenório (2001), ser analisadas a partir de dois modelos distintos de funcionamento: o primeiro formato é caracterizado como um ambulatório que oferece atenção médica curativa e atividades exclusivamente de consultas psiquiátricas e psicológicas. O segundo é do ambulatório baseado nas orientações da Reforma, onde se propõem atendimentos individuais e grupais, e atividades ressocializadoras no âmbito de uma equipe multiprofissional.

Com este cenário, em seu artigo sobre o ambulatório de saúde mental, Damous e Erlich (2017) chamam a nossa atenção para o papel fundamental que estes espaços têm na rede de atenção psicossocial. Segundo as autoras, é essencial reconhecer e afirmar a relevância do ambulatório no discurso e na perspectiva da rede de saúde mental como um dos equipamentos importantes para a sua articulação; bem como para o acolhimento das pessoas e de seu atendimento. As autoras acrescentam então, que a recepção pode ser tomada como um espaço potente de trabalho clínico, e destacam que: “os grupos de recepção irrompem como possibilidade estratégica de reimpulsionar o recurso ambulatorial de saúde mental como dispositivo clínico.” (p.913).

O que temos então percebido, já no momento da recepção, é que o ambulatório vem se configurando como um serviço de caráter mais aberto, mais ampliado em relação à demanda que chega para atendimento. Visto que, não tem se restringido apenas ao paciente que é diagnosticado com algum transtorno mental. Se a pessoa está em sofrimento e isto vem interferindo, por exemplo, em seu trabalho, em suas relações familiares e sociais, esta pessoa poderá encontrar no ambulatório um lugar de escuta, uma expressão de acolhimento para o seu mal estar. A clínica da recepção surge assim, como uma proposta de trabalho clínico que permite, já na porta de entrada, uma ação, um ato junto ao paciente sobre a sua queixa. Desta forma, busca-se uma dimensão subjetiva do adoecimento psíquico e conseqüentemente uma mudança ou um leve deslocamento da posição do (a) paciente frente a um saber já constituído sobre seu sofrimento.

Em 2011 iniciei meu trabalho no ambulatório de saúde mental de um Centro Municipal de Saúde. Os impasses que foram se apresentando ao longo da organização da porta de entrada, sejam estes referentes aos protocolos institucionais para a realização da recepção (tipo de sala, dia e horário, individual ou em grupo, número de participantes, como realizar o registro dos atendimentos, etc.); ou, em permitir uma escuta clínica no acolhimento que não se limitasse ao diagnóstico e assim abrisse um espaço para a fala dos (as) pacientes, fizeram-me elaborar, inicialmente, a partir desta experiência, duas importantes questões sobre o trabalho a ser desenvolvido neste momento preliminar de acolhida ao paciente. A primeira questão refere-se a como podemos articular as propostas recomendadas pela clínica da recepção na realização dos grupos de acolhimento de um ambulatório. A segunda é se podemos considerar a transferência, e seu manejo, como possível fio condutor de sustentação para este trabalho.

Freud (1914) em seu artigo sobre o amor de transferência enfatiza o efeito dos sentimentos afetivos na relação transferencial, principalmente o lugar do sentimento amoroso para com o médico. Apresenta o caso em que uma paciente declara e demonstra, abertamente, a paixão pelo seu terapeuta e anseia viver este amor em sua plenitude. Esta situação se encerra com o abandono do tratamento, seja pela resistência ou pela aceitação do terapeuta desse outro tipo de relação que, necessariamente, anula, impossibilita o processo analítico. Já que uma combinação dos dois seria impossível.

Observa-se então, que o papel da resistência no amor de transferência é, pois, muito grande, mas não foi criado por ela. Esta o descobre e o explora, não contesta a sua autenticidade. Freud então adverte que: “O médico deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica e não ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa” (Freud, 1914, P.210).

Observamos assim que este “enamoramento” presente no amor de transferência parte da reprodução dos protótipos infantis que se repetem na relação com o médico. Freud (1914) nos alerta que o comportamento do médico não pode ser de recusa, nem tão pouco de consentimento, pois: “é tão desastroso para a análise que o anseio do paciente por amor seja satisfeito, quanto seja suprimido. O caminho que o analista deve tomar não é nenhum destes, é um caminho para o qual não existe modelo na vida real.” (p.216).

Podemos considerar, portanto, seguindo as proposições de Freud (1912), que a transferência funciona tanto como uma força que impulsiona um tratamento - através da atualização dos conflitos psíquicos e sua interpretação -, quanto uma resistência ao mesmo - que interrompe a associação do (a) paciente. O que então identificamos é que de um lado temos a atualização das relações infantis do (a) paciente, que se revelam na fala ou no comportamento, suas dificuldades e seu desenvolvimento emocional; de outro a maior ou menor receptividade daquele que se propõe a estar no lugar da escuta e do acolhimento desta demanda. Inicia-se, desse modo, uma nova experiência, uma relação assimétrica em que não há uma correspondência direta entre o pedido do (a) paciente e a resposta de quem o acolhe. É neste sentido, que, *a priori*, falamos que a relação num espaço clínico de atendimento é aquela que dispõe a ser um lugar, no tempo e no espaço, onde as manifestações afetivas das fases anteriores não são apenas permitidas, mas acolhidas e manejadas, a fim de serem trabalhadas, e assim implicar o (a) paciente naquilo que lhe faz sofrer.

Porém, sabemos que o (a) paciente não procura um ambulatório em busca de um analista, mas sim, de alguém que elimine aquilo que o incomoda que, em geral, é sempre considerado externo a si mesmo. Há assim uma suposição de um saber direcionado à instituição, visto que este saber pressupõe que o outro tem uma solução para o seu sofrimento. Contudo, ao realizar o grupo de acolhimento, percebemos que ao

abrir um espaço para a fala e, assim, escutar um pouco mais a história de cada participante, verifica-se que, muitas vezes, esta fala deixa de ser um lamento ou uma reclamação e se transforma aos poucos numa pergunta que convoca o (a) paciente a contextualizar sua queixa em sua própria história de vida. Logo, há a possibilidade da instauração de um interesse por saber mais sobre o que se manifesta através de seu sintoma. E assim, abre-se um caminho para uma possível relação transferencial.

Cabe ressaltar, contudo, que os atendimentos realizados nos grupos de acolhimento não ocorrem de forma linear, ou seja, sem nenhuma intercorrência. Temos os atravessamentos institucionais e as vicissitudes da vida que repercutirão no espaço clínico da recepção. Porém, como já mencionamos, estas dificuldades poderão ser acolhidas, manejadas e trabalhadas neste momento inicial do acolhimento. Desta forma, é interessante percebermos que toda a obra de Freud é pautada em sua prática clínica. E foi exatamente por não ter se recusado a lidar com o acaso, com o inesperado que irrompeu no processo analítico que o possibilitou instaurar contornos do conceito de transferência no processo analítico. De acordo com Lo Bianco e Sá (2006), foi justamente para escapar das armadilhas colocadas pelo subjetivismo, que Freud determinou uma série de técnicas que implicaram na concepção do dispositivo analítico. Segundo os autores, trata-se de procedimentos:

“... que engendram como forma de resposta a sua inquietação de ver a experiência que se produzia em sua clínica se reduzir a uma troca subjetiva. Mas o exemplo da transferência de seu manejo, não é demais enfatizarmos, mostra que ele dá um destino radicalmente diferente a essa preocupação. Freud faz do ruído que se inscreve na relação transferencial o próprio motor da relação psicanalítica.” (p.74).

A transferência é um vínculo afetivo que se apresenta nas mais diversas maneiras das pessoas se relacionarem. Mas, será então a partir da teoria psicanalítica, que ela ganhará o *status* de conceito fundamental que direciona todo o processo para um atendimento analítico. Assim, iremos nos reportar aos estudos de Freud e de Lacan, que a partir de suas práticas clínicas, apresentam noções importantes para a compreensão do estabelecimento e dos efeitos da transferência num tratamento. Isto nos servirá de base para pensarmos como podemos sustentar e considerar que o trabalho que realizamos no grupo de acolhimento pode comportar um ato clínico. Isto porque, mesmo sendo um

lugar de passagem, há a busca para uma mudança subjetiva do (a) paciente frente a sua queixa inicial. A aposta é que será a partir da relação transferencial que o (a) paciente estabelece primeiro com a instituição e depois com aquele que o acolhe no grupo, que todo este processo poderá se desenvolver.

Desse modo, como ponto de partida, iremos abordar o trabalho terapêutico que foi realizado na porta de entrada de um ambulatório através dos grupos de acolhimento. Tomaremos então a proposta apresentada pela clínica da recepção que possui como concepção central para um trabalho clínico inicial a criação de um lugar para a escuta mesmo num tempo determinado para sua realização. Ou seja, há a ideia da construção de um lugar para uma escuta clínica. De forma complementar, nos propomos a realizar uma aproximação dos grupos de acolhimento com as entrevistas preliminares, pois, ambos os espaços preconizam a importância da fala, já que esta se constitui a partir de uma escuta.

Um segundo passo será o compartilhamento de minha experiência como coordenadora de um grupo de acolhimento num ambulatório de saúde mental no município da cidade do Rio de Janeiro. Este segundo capítulo será dividido em duas partes. Na primeira parte abordarei as coordenadas institucionais que balizam o funcionamento do ambulatório e as possíveis influências para o trabalho a ser realizado nos grupos. Na segunda parte, nos propomos a pensar o ato clínico nestes grupos. Consideraremos a ideia de ato tanto em relação àquele que se propõe a ocupar o lugar da escuta como para o (a) paciente. Uma vez que acreditamos que é a partir de um ato clínico que uma nova postura ou posição se constitui e, assim, demarca, a partir da fala do (a) paciente, um antes e um depois frente àquilo que é trazido como sofrimento.

Na sequência, como terceiro capítulo, realizaremos uma reflexão sobre a transferência como suporte clínico para o trabalho terapêutico a ser empreendido nos grupos de acolhimento. Pois, mesmo sendo um lugar de passagem, identificamos que a relação transferencial se estabelece e promove efeitos ao longo desta trajetória. A transferência passa então a ser um importante referencial para este trabalho. Desse modo, como já mencionado anteriormente, será a partir da prática psicanalítica que recorreremos às formulações teóricas de Freud e de Lacan para estudarmos a relevância deste conceito para a nossa prática clínica.

Capítulo 1 - A porta de entrada: o acolhimento de quem chega ao ambulatório.

Em um ambulatório, a porta de entrada é considerada como um dos espaços institucionais destinados ao acolhimento que tem por princípio receber as pessoas que buscam um atendimento. É assim, em muitas situações, o primeiro contato que estas pessoas têm com a instituição. Entretanto, cabe apontar que, neste momento preliminar, a forma de acolher será muitas vezes decisiva para o destino deste encontro.

Freud (1913), preocupado em traçar algumas das recomendações para o início de um tratamento psicanalítico, destacou que as regras para o exercício deste, encontravam-se sujeitas às limitações semelhantes ao “nobre jogo do xadrez” (p.164). Com esta ideia, de uma aproximação das regras deste jogo com o início de um tratamento, Freud nos adverte que conseguiríamos determinar o início e o final, mas o desenrolar se daria a partir das infinitas possibilidades da forma como as peças fossem inicialmente movimentadas. Em suas palavras: “... somente as aberturas e os finais de jogos admitem uma apresentação sistemática exaustiva e que infinitas variedades de jogadas que se desenvolvem após a abertura desafia qualquer descrição desse tipo.” (p.164).

Sabemos que o trabalho realizado na porta de entrada de um ambulatório não é o mesmo do início de um tratamento psicanalítico. No entanto, nos deparamos com o mesmo desafio e limite indicados por Freud. Ao iniciarmos o acolhimento no ambulatório podemos sistematizar o seu início e o seu final, mas o desenrolar será determinado pelas infinitas possibilidades de movimentos que este encontro poderá proporcionar. Assim, podemos reforçar a ideia de que o andamento do trabalho realizado tanto no acolhimento quanto no início de um tratamento podem ser tomados como um ato decisivo para os lances futuros de um possível acompanhamento terapêutico.

Neste contexto, a recepção de novos pacientes para o início de um atendimento no ambulatório sempre esteve na pauta de discussão das reuniões de equipe, nos Fóruns de Saúde Mental e nas supervisões de território. Podemos considerar que estes espaços institucionais de diálogo permitiram aos profissionais de saúde, a partir do compartilhamento de suas experiências na porta de entrada, destacarem a existência de dois pontos que norteavam o trabalho que era desenvolvido já na clínica da recepção: a qualificação de uma primeira escuta que tinha por objetivo a subjetivação da demanda, ou seja, reconhecer que o (a) paciente tem algum saber sobre seu sofrimento a partir de sua fala e, a construção de um projeto terapêutico singular com a participação do (a) paciente e de seus familiares.

Estes pontos norteadores, qualificação de uma primeira escuta e construção junto ao paciente de seu projeto terapêutico, nos permitiu pensar, por consequência, a porta de entrada do ambulatório para além de um mecanismo de triagem. Isto é, não era um processo burocrático de seleção e encaminhamento dos casos para outro profissional ou para outro serviço de saúde. Este espaço era marcado e demarcado por um tempo de acolhimento inicial de trabalho clínico a ser feito com o (a) paciente e muitas vezes com a colaboração dos familiares.

Damous e Erlich (2017) propõem retomar a clínica que se exerce já na porta de entrada do ambulatório de saúde mental nos dias de hoje como uma experiência analítica que possa incluir na escuta um “deixar-se afetar” (p.924), não somente pelo que se apresenta na superfície da fala do (a) paciente, ou seja, a queixa ou os sintomas, mas que considere sua subjetividade sempre singular. As autoras trazem então para a discussão uma noção da clínica orientada por uma atitude de escuta, no momento do acolhimento, mais “desperta” (p.921) que favoreça uma abertura necessária para que, no decorrer dos encontros, outra dimensão da queixa possa aparecer, uma dimensão que singularize o pedido de ajuda pautada na fala e na transferência.

Observamos assim, que a porta de entrada de um ambulatório pode ter em sua configuração de trabalho um tempo preliminar para uma escuta clínica. Uma primeira escuta qualificada pelo movimento de um “deixar-se afetar” (p.924) ou de um “despertar” (p.921) daquele que se propõe a escutar, como mencionado acima pelas autoras. Podemos então deduzir que este momento exigirá daquele que se propõe a

ocupar o lugar da escuta, uma atitude mais ativa ou mais atenta ao que o (a) paciente traz em sua fala sobre seu sofrimento. Não se restringindo apenas ao diagnóstico, como um observador de um fenômeno, mas a todo um contexto de vida no qual o (a) paciente está inserido.

No entanto, é interessante percebermos que mesmo que a porta de entrada, sob uma perspectiva da clínica da recepção, seja um tema de estudo na área da saúde mental, que vem sendo pesquisado há cerca de 20 anos, um dos desafios que permanece como ponto de debate, é dar a este lugar de passagem uma dimensão clínica. Dimensão esta que leva em consideração a conexão do (a) paciente com o seu sintoma e a transferência.

1.1. A clínica da recepção: um lugar para a escuta num tempo de suspensão.

Os trabalhos reunidos nos *Cadernos IPUB* n.17(2000), sobre o que se convencionou chamar clínica da recepção, trouxeram contribuições importantes para o estudo deste tema. Desde então, já se vão alguns anos. Contudo, acredito ser relevante para o nosso estudo passarmos por alguns destes textos; visto que as ideias propostas a partir do relato das experiências dos autores nos servirão de referência para nossa reflexão.

Os artigos que compõem este *Cadernos* preconizam e reforçam algumas direções para o trabalho a ser desenvolvido nos ambulatórios e em outros serviços de saúde mental que tinham como proposta de acolhimento a clínica da recepção. Podemos então destacar dentre algumas contribuições apresentadas pelos autores: (a) não atender rapidamente ao pedido inicial; (b) relativizar o pedido de medicação; (c) priorizar o diagnóstico da situação sem abandonar o diagnóstico psicopatológico; e (d) convocar o sujeito a participar do processo de tratamento.

Assim, a partir destas recomendações, podemos inferir que a clínica da recepção buscava oferecer uma escuta que levava em consideração a fala do (a) paciente. Não havia a urgência de uma remissão completa destes sintomas, que podiam, por exemplo,

ser alcançados por uma resposta imediata ao pedido do (a) paciente ou a utilização da medicação como o único recurso terapêutico disponível. Tratar-se-ia de promover a partir desta fala a emergência da subjetivação de sua queixa.

Oliveira (2000), em seu artigo sobre a recepção em grupo, aponta que o trabalho clínico realizado no acolhimento possui três objetivos: “acolher, avaliar e só um tempo posterior encaminhar.” (p.33). Segundo a autora, *acolher* “não se confunde com triar” (p.34). O acolhimento representa receber com atenção, tempo e disponibilidade para que seja possível escutar e valorizar as singularidades de cada um que participa do grupo. *Avaliar* “não quer dizer julgar” (p.34), mas reorganizar a posição frente à doença e o sofrimento a partir de todo o contexto familiar, social e cultural. Desse modo, pode-se traçar um diagnóstico da situação e com quais recursos no território de moradia é possível contar para cada pessoa. E finalmente, *encaminhar* que não é responder rapidamente a demanda, mas ser um momento de elaboração para uma proposta de acompanhamento continuado no próprio serviço de saúde ou, em outro espaço terapêutico.

Estes três objetivos – acolher, avaliar e encaminhar – compõem o tripé que sustenta e caracteriza o trabalho que é realizado no momento da recepção. E dar assim, a este lugar de passagem, uma dimensão clínica equivale, em última instância, levar em consideração a fala do (a) paciente e o campo transferencial. Pois, como afirma Montezuma (2000), em seu artigo sobre a transferência e o encaminhamento na instituição, a clínica da recepção é um *lugar de passagem*, onde *escutar* o sujeito implica em acolher suas diferenças e seus limites de forma a se instaurar uma nova conjuntura que dê lugar há um *tempo* para compreender.

1.1.1. Um lugar para a escuta na clínica da recepção.

A clínica da recepção convoca para seu campo de trabalho no acolhimento a importância de um lugar para a escuta que esteja atenta às diversas formações do inconsciente a partir do que se manifesta na fala do (a) paciente sobre seu sofrimento.

Assim, a proposta inicial da recepção é que na medida em que criamos um lugar para a escuta, criamos um espaço para a fala.

Para que esta fala tenha este lugar clínico no acolhimento faz-se necessário então que haja alguém que se disponha a escutar. Este alguém terá que a princípio se despir de suas crenças ou juízos de valores para pôr-se a escutar o que lhe chega aos ouvidos. Não a partir de uma posição passiva, mas uma escuta que não privilegie nenhum dos elementos particulares da fala do (a) paciente. Pois, é somente ao ocupar uma posição de quem não sabe nada a respeito de quem chega com um pedido de ajuda que se poderá efetivamente exercer uma escuta receptiva.

Entretanto, como podemos pensar e sustentar esta escuta no momento do grupo de acolhimento? Recorremos então a Freud que, a partir de sua prática clínica, identificou dois operadores importantes para o exercício de um trabalho analítico: associação livre e atenção flutuante. Em linhas gerais, ele apresenta a associação livre como a regra fundamental da psicanálise e ressalta que se baseia no compromisso do (a) paciente falar tudo que lhe vem à mente, sem omitir nenhum detalhe, nem que lhe pareça desagradável, sem importância ou absurdo. Conforme afirma em seu texto de 1923:

“... a associação livre foi desde então mantida no trabalho psicanalítico. O tratamento é iniciado pedindo-se ao paciente que se coloque na posição de um auto-observador atento e desapaixonado, simplesmente comunicando o tempo inteiro a superfície de sua consciência e, por um lado, tornando um dever a mais completa honestidade, enquanto que, por outro lado, não retendo da comunicação nenhuma ideia, mesmo que (1) sinta ser ela muito desagradável, (2) julgue-a absurda ou (3) sem importância demais ou (4) irrelevante para o que está sendo buscado”. (p. 290-291)

Em contrapartida a associação livre do (a) paciente, Freud (1912) nos indica outro operador, a atenção flutuante. Este se relaciona à posição do médico, que deve escutar seu paciente sem privilegiar nenhum evento de seu discurso e deixar assim que sua própria atividade inconsciente entre em ação. Ele nos diz:

“A regra para o médico pode ser assim expressa: ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se

inteiramente á memória inconsciente. Ou para dizê-lo puramente em termos técnicos: ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa.” (p.150).

Com estas citações, podemos considerar que, já no momento inicial da recepção, estes dois operadores apresentados por Freud, associação livre e atenção flutuante, também nos servem como orientadores ao trabalho a ser desenvolvido no acolhimento. Isto porque, temos como proposta, ao longo destes encontros, a construção de um espaço que possibilite a sustentação de um lugar tanto para a palavra quanto para a escuta clínica.

No entanto, à medida que avançou em suas formulações teóricas, Freud modificou, construiu e reconstruiu suas concepções técnicas. E isto não foi diferente com relação ao papel da escuta na clínica. Segundo, Macedo e Falcão (2005) ao introduzir o conceito de inconsciente, Freud passou a observar que quando seus pacientes falavam, ao fazê-lo, diziam mais do que a que se propunham. Pois, neste falar, em certos momentos, a lógica consciente se rompia, se desvanecia e algo diferente se tornava presente. Assim, a lógica do processo primário, presente no lapso, no sonho, no chiste, no esquecimento, na frase contraditória, no duplo sentido de uma frase chamou sua atenção.

Outro conceito importante para Freud, que também passou a ganhar força como espaço privilegiado para o trabalho clínico, foi à noção da transferência. Nela a fala terá que ser remetida às suas originais determinações, evidenciando o valor de um contexto de vida sempre único. A transferência como ferramenta técnica fundamental possibilita assim, o encontro com um psiquismo aberto, que produz e reproduz continuamente efeitos de uma história. Desta forma, manter uma escuta na clínica da recepção alicerçada na transferência é tomar a fala do (a) paciente como referência de seu próprio trabalho. Pois esta fala aponta para um saber sob o qual ele (a) não tem conhecimento, um saber não sabido, um saber inconsciente.

No entanto, observamos que esta fala pode vir por associação, por silêncio, por manifestações corporais; com ou sem um comprometimento daquele que fala. Em 1953, Lacan apresentou duas formas de expressão da fala no momento do atendimento. Denominou de “fala vazia” (p.255) o instante em que o (a) paciente fala sem se

implicar, isto é, não se observa uma posição do (a) paciente sobre aquilo de que se queixa. E de “fala plena” (p.255), o momento em que o (a) paciente ao falar busca a “verdade de si” (p.257), ou seja, busca ser reconhecido pelo outro. Porém, percebemos que uma palavra nunca é plena de sentido como também nunca é esvaziada de sua conotação. A palavra plena, apontada por Lacan, surge na medida em que se solicita ao paciente a dizer tudo que lhe vem à mente. Este é então, segundo o autor, o instante em que se busca extrair a verdade do inconsciente do sujeito em sua própria fala.

Todas estas contribuições, apresentadas pelos autores aqui mencionados, me remetem e me fazem pensar sobre o lugar da escuta quando realizávamos o grupo de acolhimento no ambulatório. Em geral, recebíamos de seis a oito pessoas que traziam em sua fala o motivo ou a causa inicial de seus sofrimentos. Ao longo dos encontros, como já mencionado, percebíamos que nem todos desejavam falar, ou então, traziam a fala de muitas outras formas. Havia assim, os que permaneciam calados ou, os que repetiam exatamente o que estava escrito nas guias de encaminhamento ou, os que expressavam seu desconforto por movimentos corporais ou, os que se identificavam com a fala/história do outro participante do grupo e por um efeito de contágio repetiam quase a mesma história.

Estas posições ou posturas que o (a) paciente apresentava diante do outro, seja este o coordenador do grupo ou outro participante; como também das diversas formas de expressão de seu sofrimento - seja pela palavra ou pelo corpo – nos indicavam qual era a dinâmica ou o movimento do grupo. Diante de tantas maneiras de se falar sobre um sofrimento, propomos então pensar a escuta em seu sentido amplo, em *escutas*, no plural. Pois, além de se escutar as diversas formas de manifestação da fala, seja esta pela palavra ou pelo corpo, o lugar da escuta não é somente ocupado por aquele que coordena o grupo, mas também pelos participantes que estão no grupo. Esta escuta grupal tem um efeito que interfere nas falas. Assim, a escuta terá que ser mais flexível ou criativa para poder identificar as diversas formas de expressão do sofrimento.

Estar então na função de escuta durante a realização da recepção, é, neste tempo, apostar na construção de um espaço transferencial que acolha e articule as diversas maneiras possíveis que o (a) paciente encontra para expressar seu sofrimento. E, desta forma, possibilitar que outra posição se estabeleça diante de seu mal estar.

1.1.2. Um tempo de suspensão na clínica da recepção.

A recepção, a partir do grupo de acolhimento, é considerada como um *lugar de passagem*. Ou seja, objetivamente, é um lugar onde o tempo de permanência é definido institucionalmente. De acordo com os Documentos que trazem as recomendações para o trabalho a ser realizado na porta de entrada dos ambulatórios (2007 e 2016), há um tempo determinado tanto para a duração quanto para o número de encontros a serem realizados. Estes Documentos trazem a seguinte orientação: “o grupo de recepção deve ser fechado, com prazo limitado, preferencialmente de três a quatro encontros, com duração de uma hora e meia.” (p.16).

Deparamo-nos então com um desafio inicial. Pois se no momento da recepção de novos pacientes nos propomos a realizar uma escuta mais cuidadosa e atenta sem nos determos ao que já vem pré-estabelecido ou prescrito nas guias de encaminhamento para uma avaliação, permitindo assim um espaço para a fala do (a) paciente, como poderemos realizar um manejo preliminar de aproximação do tempo cronológico recomendado pela instituição com o tempo de trabalho subjetivo do (a) paciente?

O tempo para a psicanálise, desde Freud, não é tomado em sua acepção de um tempo cronológico, ou seja, de um tempo mensurado pelo relógio e que separa passado, presente e futuro, pois ela fala de uma temporalidade distinta. Uma das primeiras noções para a psicanálise que subvertem esse tipo de temporalidade diz respeito à ideia de *posterioridade*. Em que o depois incidindo sobre o antes lhe confere uma significação. Portanto, consideramos que esta noção nos diz mais da instabilidade, na qual o acontecimento faz um corte entre o antes e o depois possibilitando uma leitura do momento anterior. A ideia de *posterioridade (nachträglich)* foi adotada por Freud em 1896 para nomear um processo de reorganização ou de reescrita pelo qual os acontecimentos traumáticos ganham significação para o sujeito apenas num cenário histórico e subjetivo posterior, que lhe atribui uma nova significação – num *só depois*.

A partir desta proposição, Jacques André (2013) enfatiza que a ideia de posterioridade é uma das únicas noções da psicanálise que permitem compreender os mecanismos de mudança psíquica. Segue afirmando que muitas vezes este termo é compreendido como uma simples significação de retrospectiva, no entanto, trata-se de

fato de uma noção complexa que envolve a concepção psicanalítica de temporalidade e da teoria do trauma. Segundo este autor, esta noção complexa se desdobra em duas dimensões distintas: uma primeira dimensão que tem um aspecto familiar, onde evoca uma atribuição de sentido, uma simbolização que intervém depois que o acontecimento se produziu, num segundo tempo; e uma segunda dimensão a partir de um momento traumático, de um “golpe” (p.128). *A posteriori* (p.128) seria a reunião paradoxal de um trauma e de um sentido que advém ou se transforma. Assim, o autor destaca que a noção de posterioridade teria grande importância na prática clínica, isto porque a mudança psíquica almejada pelo tratamento pressupõe reescrever a história do sujeito, talvez mesmo uma primeira construção desta. Mas, como isso ocorreria? Ele pontua que pelo lado do (a) paciente corresponderia a um momento em que surge uma representação, que até então, não tinha tido verdadeiro acesso à consciência, seria uma “primeira suspensão do recalçamento” (p.128). Pelo lado do analista teríamos a função da interpretação. A estes dois elementos, o surgimento de uma representação e a interpretação, o autor acrescenta a dimensão da transferência em seu caráter de repetição, de atuação do inconsciente.

Freud (1914) diferencia o atuar do *acting out* e o *repetir* quando identifica, na transferência que o (a) paciente estabelece com o médico, a atualização de sentimentos ou conteúdos de seu passado. Para Freud, “... o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência” (p.201). A transferência já designa um efeito temporal, uma vez que atualiza, na sessão e no encontro com o médico, algo da verdade do sujeito.

Podemos também observar dois outros momentos em que Freud aborda a questão do tempo. Em sua publicação de 1915, Freud acentua a importância da atemporalidade do inconsciente. Afirma que os processos do sistema inconsciente não sofrem a ação desgastante do tempo, ou seja, não tem o tempo ordenado como referência. Em suas palavras:

“Os processos do sistema Ics. são atemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não tem absolutamente qualquer referência ao tempo. A referência ao tempo vincula-se, mais uma vez, ao trabalho do sistema Cs”. (p. 214)

Já em 1916, Freud traz contribuições valiosas para o tema relacionado ao tempo, uma vez que aborda a finitude das coisas e como isso tem consequência para a vida emocional. Neste texto, ele questiona se as coisas perderiam o seu valor se fossem propensas a acabar e constata que, pelo contrário, o valor da transitoriedade estaria na “escassez do tempo” (p.345). Segundo ele:

“O valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição. Era incompreensível, declarei, que o pensamento sobre a transitoriedade da beleza interferisse na alegria que dela derivamos”. (p.345).

Entretanto, Freud apresenta, nesta mesma elaboração, o fato de, por vezes, não conseguirmos usufruir a beleza ou os valores das coisas pelo luto que nos causa pensar que elas são findáveis. Ele traz então como exemplo, a ideia de uma flor não deixar de ser bela por durar apenas uma noite. Sinaliza que muitas pessoas podem optar por não gostar de flores, por elas serem perecíveis, não podendo contemplar assim, a sua beleza. Em outras situações, a adoração pode existir ainda mais intensa, por saber que vão terminar. Suas ideias indicam que as saídas para enfrentar a finitude e, conseqüentemente, a castração, é da ordem da singularidade. Seguindo esta mesma proposta, nos grupos de acolhimento, temos um tempo determinado, e assim transitório, no entanto, acreditamos que nem por isso perde o seu valor de efeito subjetivo para o (a) paciente.

Ao nos propormos refletir sobre o tempo na clínica da recepção a partir das contribuições da teoria psicanalítica sobre posterioridade, atemporalidade do inconsciente e transitoriedade, pretendemos criar a possibilidade de analisar este lugar de passagem marcado sim por um tempo institucional, que é um tempo diferente; e assim transitório, mas também como abertura de uma oportunidade para que cada um que participa da recepção possa iniciar um questionamento sobre aquilo de que se queixa, e assim buscar um saber que ainda lhe é desconhecido.

Outra possibilidade de pensarmos o tempo, já no momento da recepção, é a exposição feita por Carneiro, Pena e Cardoso (2016), quando em referência a Lacan, pontuam que o momento da recepção pode ser dividido em dois tempos: um tempo para

compreender e o momento de concluir, a partir do qual se decidirá se existe ou não uma demanda para um atendimento. As noções de tempo para compreender e o momento de concluir, citadas pelas autoras, são dois dos três momentos de modulação do tempo propostos por Lacan em 1945. Em linhas gerais, Lacan parte do sofisma em que o diretor de um presídio propõe um teste para três prisioneiros. O diretor tem três discos brancos e dois discos pretos para serem colocados às costas dos três prisioneiros, sem que cada um deles veja a cor do disco que lhe coube. Prende um disco nas costas de cada um, sendo os três discos brancos. Os prisioneiros não podem ver a cor do disco que portam, precisando cada um deles inferir a cor de seu disco em motivos de pura lógica, e não apenas de probabilidade, para serem libertados. Porém, somente o primeiro que o fizer será libertado.

Uma possível leitura que podemos realizar deste sofisma é que se trata de um apelo ao sujeito convocado a dizer quem é. Entretanto, ele não sabe quem é, pois a cor colocada em suas costas não dependeu de sua escolha. Desse modo, no primeiro momento, no *instante de ver*, ele vê tudo que está fora de si, mas não sabe quem é. No segundo momento, o *tempo de compreender*, ele realiza a elaboração em que acredita poder dizer quem é, mas não tem certeza, e a hesitação o faz voltar a olhar os outros. E no terceiro tempo criam coragem para se posicionar e passam da hesitação, apressando-se para *concluir*, embora sem a garantia e de forma provisória.

Lacan (1945) introduz assim a função da pressa no advento de uma verdade e demonstra através da lógica deste sofisma, as molas do tempo nas relações humanas. Desta forma, o tempo lógico – sinônimo de tempo subjetivo cuja lógica é a do inconsciente - seria modulado por três momentos: *o instante do olhar* (apenas a constatação do que se pode ver, um *insight*); *o tempo de compreender* (tempo de formulação de uma hipótese e de mediação ao colocar-se no lugar dos outros e raciocinar); e *o momento de concluir* (a função da pressa, já que é preciso certa urgência, antes que os outros o ultrapassem).

Garcez e Cohen (2011) destacam que Lacan trouxe este raciocínio do tempo lógico para o espaço da sessão analítica. O tempo nas sessões passou então a não ser mais pautado no fato de marcar ou não o cronômetro. As autoras acrescentam que as sessões em tempo não determinado se encontram em um plano que não é o do

burocrático, regido pelo relógio, mas sim orientado pela lógica do inconsciente. Neste contexto, podemos considerar que o ato clínico não é entendido como uma pura ação, mas uma consequência da associação livre do paciente, que produz na hiância de seus enunciados, enunciações na imprevisibilidade deste encontro.

Desse modo, o tempo de concluir não estaria atrelado ao final de um tratamento, mas aos tempos que permitem ao paciente fazer retificações. Sendo assim, a concepção de tempo para Lacan contém a suposição de que cada cadeia narrativa coordena aqueles que a partir dessa cadeia se situam, e também de que modo queiram se situar. Portanto, trata-se de trazer a temporalidade como fruto da cadeia significativa em que estas seriam responsáveis por criar retroativamente o passado em direção ao porvir.

Associar o tempo de compreender e o momento de concluir ao trabalho empreendido na clínica da recepção é considerar este tempo inicial como um momento viável para abalar as relações já estabelecidas pelo paciente através do que traz em sua fala sobre seu sofrimento, causando assim uma descontinuidade. Um corte que demarca um antes e um depois.

1.1.3. Interjogo de possibilidades: o lugar de quem escuta.

O trabalho a ser realizado na clínica da recepção sob a perspectiva de um lugar para a escuta em um tempo de suspensão se constitui como o momento inicial de acolhimento ao paciente. É considerar como um espaço provocador para que possa fazer circular, através da experiência de cada um, novas significações, associações e questões que evidentemente, não serão ali tratadas, mas serão ali provocadas, acolhidas e endereçadas a uma continuidade de trabalho posterior.

Montezuma (2000) aponta que a recepção em um ambulatório ou mesmo em um posto de urgência, se antes não passava de uma triagem de pacientes, hoje tem por função acolher o (a) paciente que procura o serviço, acolher sua demanda, retificá-la e então encaminhá-lo para um tratamento. No entanto, a autora destaca que o lugar do “entrevistador” (p.120) é de passagem e que por vezes, é muito difícil que ele mesmo prossiga no atendimento com aquele (a) paciente. Isto devido a várias situações, tais

como, disponibilidade de horário, critérios de regionalização ou o setor onde foi feita a entrevista não é o mais indicado para dar continuidade ao tratamento, etc.

A autora então levanta alguns dos limites, principalmente os institucionais, que se apresentam ao longo do trabalho a ser realizado no acolhimento, em destaque para aquele que se propõe a ocupar o lugar da escuta, ou seja, o lugar do “entrevistador” (p.120) – em referência as entrevistas preliminares – ou o lugar do acolhedor – em referência ao grupo de acolhimento. Estes limites são observados não só quando nos deparamos com a organização objetiva para a realização dos grupos que são determinadas pela instituição, como os horários, regionalização dos atendimentos, etc.; como também pela posição disponível daquele que se presta a ocupar o lugar da escuta.

Ocupar esta posição, ou seja, estar acessível a uma escuta em um tempo, não é uma tarefa fácil. Como já mencionado, este lugar de escuta, marcado por uma suposição de saber, não é um lugar passivo, ele requer daquele que escuta uma interlocução, uma posição, seja através de pontuações ou interpretações a partir do que está sendo trazido para este trabalho. Isto coloca em jogo a subjetividade daquele que escuta e também a sua própria formação teórico-clínica. Estes pontos podem permitir um espaço de abertura para a fala do (a) paciente ou então um espaço de surdez para o que está sendo dito.

Macedo e Falcão (2005) já levantavam esta questão sobre as possibilidades e os limites do lugar a ser ocupado na clínica por aquele que escuta. As autoras partem das contribuições da teoria psicanalítica para abordar tal tema. Destacam que as mesmas propriedades que podem proporcionar possibilidades a uma escuta também podem limitá-la. Pois em torno daquele que está no lugar da escuta estão os seus fantasmas, sua história pessoal, sua construção, supervisão e estudos teóricos. Reforçam então a importância de um espaço também de escuta para este que está neste lugar, um lugar de “análise pessoal” (p.72) onde ele próprio possa ser escutado e assim: “promover em si uma capacidade que está fora do domínio da rigidez ou da padronização, e que por isto abre as vias de acesso à escuta do outro.” (p.74).

Outra possível ancoragem para este que ocupa o lugar da escuta nos grupos de acolhimento, é pensarmos na proposta da “transferência de trabalho” (p. 242)

apresentada por Lacan (1971) para falar das escolhas que organizam um “cartel” (p.241). Com esta ideia, propomos considerar a transferência de trabalho como o modo de estabelecimento de um laço produtivo entre os pares buscando, por um lado a produção de um saber, e, por outro, um fazer clínico.

Figueiredo (1997, 2000) nos traz algumas contribuições sobre este ponto. A autora expõe que a “transferência de trabalho” (p.126) é concebida a partir do próprio conceito de transferência, que é fundamental para o tratamento, mas que para esta situação não terá sua vertente como instrumento da clínica, e sim como instrumento de trabalho entre pares. Os espaços de reunião e supervisão de equipe podem proporcionar este movimento, não só por possibilitar uma melhor integração entre os serviços que compõem a rede de atenção, mas também promover uma comunicação entre os membros da equipe.

Isto poderá permitir um suporte a mais para a realização deste trabalho possibilitando um compartilhamento e uma troca das ações e dos sentimentos que se apresentam neste espaço e que envolvem a todos que estão comprometidos nesta empreitada. Observamos então que, neste interjogo de possibilidades e limites, a transferência e seu manejo ganham espaço e tornam-se ferramentas importantes para o trabalho clínico no momento da recepção.

1.2. Grupo de acolhimento e entrevistas preliminares: uma aproximação.

Os grupos de recepção de um ambulatório de Saúde Mental não são considerados como entrevistas preliminares como as realizadas para uma análise. Entretanto, a ideia de uma analogia entre ambos serve à formulação e operacionalização de uma proposta de trabalho que abra um espaço para interrogar a queixa que o (a) paciente traz sobre seu sofrimento.

Maron (2000) destaca que o tempo inicial de trabalho clínico realizado nos grupos de recepção, sob a perspectiva de um primeiro acolhimento, podem se aproximar ao valor de uma “entrevista preliminar” (p.47). Para sustentar este valor de aproximação, a autora, a partir de sua experiência numa unidade de saúde integrada que

reunia internação e ambulatório, propõe-se a discutir a função do grupo de recepção como uma possibilidade de uma prática que incluía em sua abordagem a fala singular do (a) paciente. Distanciando-se assim, de uma visão dos grupos de recepção centrada historicamente na avaliação diagnóstica e na medicação. A experiência de uma prática centrada na fala que cada um traz a cerca de seu sofrimento – ou acerca do motivo que o levou a procurar ajuda – nos ensina e nos adverte a não reduzir a queixa sintomática a um saber prévio.

Lacan (1955-1956/1998) denominou de *entrevistas preliminares* esse limiar, essa porta de entrada para a análise propriamente dita, um tempo de trabalho prévio antes de adentrar o discurso analítico. Esse preâmbulo é considerado por Lacan uma condição absoluta, não havendo entrada em análise sem as entrevistas preliminares.

“Cada um de vocês conhece - muitos o ignoram – a insistência que faço junto aos que me pedem conselho, sobre as entrevistas preliminares em psicanálise. Certamente elas têm uma função essencial para a análise. Não há entrada possível em análise sem entrevistas preliminares”. (p.27)

As “entrevistas preliminares” (p.27) indicam que existe uma fronteira. Trata-se de um trabalho prévio, cuja entrada é concebida não como uma continuidade, e sim como descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar. Este corte, segundo Lacan, corresponde a atravessar o umbral dos preliminares para entrar no discurso analítico. E acrescenta a difícil tarefa de demarcar este umbral tanto nas entrevistas como no próprio tratamento, pois o que está em jogo é a associação livre.

Propomos pensar então o termo fronteira não pela sua definição do que apenas separa, mas como um limiar que separa, mas une ao mesmo tempo. Esta ideia encontra ressonância na reflexão apresentada por Mattos (2015) justamente para destacar o fato de que os tropeços ou equívocos que se apresentam já neste momento do atendimento podem representar um jogo de oposição dialética entre a abertura e o fechamento deste intervalo, que é o inconsciente, que se revelam através da associação livre na transferência.

Com esta perspectiva, o que nos interessa, seja no grupo de acolhimento ou nas entrevistas preliminares, não é uma síntese capaz de interpretar e apontar o sentido do

tropeço ou da falha que aparece na fala do (a) paciente. O que move o trabalho interpretativo é a figura fugaz da falha que passa tropeçando por este limiar, por esta soleira que é a transferência. Deste modo, Gilson Pinho (2006) já sinalizava que: “O inconsciente se produz no próprio movimento da fala do sujeito, nos intervalos e fechamento que ali acontecem, em um ritmo de pulsação no transcorrer do tempo.” (p.26).

Neste espaço de passagem algo produz uma mudança. Pois este limiar por onde o desconhecido conhecido emerge é uma espécie de movimento circular que ao mesmo tempo acolhe e devolve novamente os fragmentos de uma história do (a) paciente. E o que se dá a ouvir/ver/sentir por um instante, não é o que está reservado em um passado para ser pinçado; mas é aquilo que se produz por referência a este passado apenas em um momento posterior da vida do (a) paciente, porque só pode ser legível num só depois.

Presumimos assim que a realidade subjetiva é discursiva e supor que o (a) paciente é feito de linguagem surge de ponto de partida para nossas ações. Ou seja, um ser falante que habita a linguagem e é por ela habitada, sofrendo seus efeitos. O (a) paciente é um suposto intérprete e construtor de uma realidade que inclui ele próprio e a impossibilidade de tudo dizer e encontrar respostas além das palavras. Não se trata de negar a queixa ou negar o sintoma e sim nos recusarmos a tomá-lo como conclusivo, criando condições para que o (a) paciente introduza, minimamente, neste primeiro contato uma dimensão de pergunta.

Nesta direção, nos grupos de recepção, não nos é suficiente escutar a queixa sintomática. Visamos antes de tudo, problematizar a queixa e mais do que respondê-la, suspender qualquer tipo de resposta para aí introduzir a dimensão de pergunta. Afinal, o que cada um tem haver com aquilo de que se queixa? De que forma o sintoma também fala de sua história de vida? Seguindo esta orientação, o passo seguinte se dá em direção a levar o (a) paciente a suspeitar de sua cumplicidade própria, mesmo obscura, no sintoma do qual sofre. Conduzi-lo a se perguntar: o que é que eu tenho com isso? Desta forma, visa-se retificar a posição do (a) paciente frente a sua queixa, transformando-a numa suposição de saber, ou seja, dando-lhe estatuto de pergunta.

Freud (1913) apresenta dois motivos que justificam o empreendimento das entrevistas preliminares quando iniciamos um tratamento. Um primeiro motivo seria o de realizar uma “sondagem” (p.165) com o propósito de se conhecer o caso e decidir se este é apropriado ou não para uma análise e o segundo seria o de estarmos atentos às “razões diagnósticas” (p.165), na tentativa de se evitar equívocos e desta forma, buscar uma precaução não só para o paciente e o analista, como também para o sucesso do processo terapêutico. Acrescenta neste mesmo artigo que a força motivadora primária para um tratamento é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina. Mas esta força motivadora não é suficiente, duas coisas lhe faltam: não sabe que caminho seguir para chegar a esse fim e não possui a cota necessária de energia para opor-se às resistências. Segundo Freud, o tratamento ajuda a remediar ambas as deficiências. Fornece as quantidades de energia necessária para superar as resistências pela mobilização das energias que estão prontas para a transferência e dando informação no momento correto.

Neste sentido, seja como um *tratamento de ensaio* recomendado por Freud ou como *entrevistas preliminares* proposta por Lacan, ambas as nomeações, podem nos servir de referência para o trabalho desenvolvido neste primeiro momento, tanto para um tratamento inicial quanto para o acolhimento realizado na porta de entrada em um ambulatório. Pois o que está em pauta é a instauração de uma escuta receptiva que possibilite a fala do (a) paciente.

Mannoni (1981) em seu livro sobre as primeiras entrevistas, a partir do testemunho de sua longa experiência em seus atendimentos, principalmente com crianças e adolescentes, apresenta que o que está em jogo por ocasião das primeiras entrevistas é a “receptividade da escuta” (p.11) daquele que realiza a entrevista. Uma escuta que não trará soluções, mas permitirá que a questão se formule através da angústia revelada pelo abandono das falsas proteções, muitas vezes representadas pelos pais. A autora acrescenta que as primeiras entrevistas quase sempre não passam de uma preparação, de uma ordenação de peças como num jogo: “Tudo fica para se fazer mais tarde, no entanto os personagens puderam ser postos em campo.” (p.103).

Deste modo, a autora corrobora com os demais autores aqui já abordados que as entrevistas preliminares, além de uma investigação para descobrir onde está o (a) paciente a partir do que traz em sua fala, efetuam uma mudança na sua posição, transformando a pessoa que busca um atendimento em um sujeito, em alguém que se questiona sobre o que diz. Conseqüentemente, as entrevistas preliminares constituem uma retificação subjetiva na medida em que consiste em implicar o (a) paciente naquilo de que se queixa, apreendendo sua responsabilidade no que lhe ocorre.

Na realização dos grupos de acolhimento esta proposta também se mantém. Há uma perspectiva de que este encontro possa promover uma mudança subjetiva inicial do (a) paciente diante daquilo que traz em sua fala como um sofrimento e a partir daí traçar um possível caminho para um trabalho terapêutico. Calderoni (1998) já comentava em seu artigo dois modos pelos quais pode se dá a passagem por esta porta de entrada. Pode ser uma passagem puramente burocrática marcada somente por preenchimento de formulários e informações, ou pode ter uma dimensão clínica, pautada na transferência.

Contudo, a autora destaca que a ideia de tomar este espaço ou momento de trabalho como preliminares nos remete a que este é preliminar a algo: seja ao tratamento propriamente dito, seja a demanda ou ao sujeito da transferência; ou não. Com isto, indica que as primeiras entrevistas ou o acolhimento nos grupos, podem ou não ser um momento preliminar a qualquer tipo de encaminhamento futuro, e que muitas vezes já propiciam, em si mesmos, um resultado terapêutico.

É neste sentido que ao estar aberto para a irrupção do novo, do inesperado, do que o acaso pode trazer como um fora do *script* que a posição nestes espaços de acolhimento, posição que, ao não definir a priori que o trabalho a ser realizado neste espaço é sempre preliminar a outro, abre o campo da escuta inclusive para a possibilidade deste momento ter um sentido em si mesmo, independente de sua continuidade.

Aproximar as entrevistas preliminares ao trabalho realizado nos grupos de acolhimento é antes de tudo poder refletir sobre a importância de um trabalho clínico inicial a ser realizado com o pedido ou a demanda do (a) paciente. E dar a este *lugar de*

passagem uma dimensão clínica, mesmo que seja um pequeno deslocamento sem grandes retificações subjetivas, é colocar o (a) paciente no caminho de uma interrogação sobre o seu sintoma. Em última análise é levar em consideração os que participam deste encontro e a transferência.

Capítulo 2 - O grupo de acolhimento no ambulatório de saúde mental: uma experiência de trabalho.

O grupo de acolhimento é um espaço institucional de trabalho clínico realizado na porta de entrada de um ambulatório, que ao abrir um lugar para a escuta possibilita o estabelecimento inicial de um campo transferencial. Campo este, no qual o (a) paciente que chega com um pedido de ajuda, através de seu sintoma, poderá falar de si mesmo e articular sua demanda frente ao Outro, ao qual supõe um saber sobre o seu desejo, e localizando-o na realidade institucional. Podemos assim entender que o (a) paciente que chega à instituição direciona sua queixa, seu sofrimento, a alguém que é considerado legítimo para efetuar o reconhecimento deste pedido.

Presumimos então que quando uma pessoa solicita um auxílio terapêutico, há nesta demanda inicial uma busca do Outro – seja este um profissional de saúde ou a própria instituição – o qual supõe saber algo de seu sofrimento e poder tratá-lo. Ter uma escuta que não se proponha a oferecer soluções, mas sim remeter aquele que sofre a um desconhecido em si mesmo, ou seja, a um saber que não sabe que tem, possibilita ao paciente uma mudança de sua posição tanto em relação à determinação de seu sofrimento quanto a sua própria expectativa do que este Outro pode lhe oferecer.

Segundo Calderoni (1998) essa mudança de lugar provoca uma postura menos passiva do (a) paciente em relação a sua queixa ou sintoma, que desta forma passam a lhe dizer respeito. Certamente não se pode afirmar que esses objetivos sejam sempre alcançáveis no grupo de acolhimento, podendo mesmo constituir o efeito de anos de trabalho terapêutico. Entretanto, ainda que seja como passo inicial, uma guinada nesta direção pode e deve ser resultado esperável dessa primeira escuta.

O trabalho realizado no grupo de acolhimento é então um tempo para esta compreensão, assim como um tempo propiciador para o estabelecimento de uma transferência, que dará suporte para um permanente movimento de construção e de elaboração que convoca a todos que participam do grupo. No entanto, é um trabalho que, como já mencionado, nem sempre terá o seu objetivo alcançado. Pois muitos

pacientes abandonam o grupo, outros não dão continuidade ao atendimento após o encaminhamento ser feito a outro profissional ou a outra instituição, e em determinados casos o próprio profissional não consegue sustentar o trabalho iniciado no grupo. São tempos de exercício de uma prática que se desdobra ao longo de um percurso atravessado também por constantes redirecionamentos das políticas públicas de saúde e pelas contingências da vida.

Passarei então a apresentar a minha experiência na realização de um grupo de acolhimento em um ambulatório público de saúde mental. Inicialmente abordarei o espaço e as coordenadas institucionais. A proposta é refletirmos sobre o ambulatório não somente como um espaço físico institucional que possui suas coordenadas dadas pelas políticas públicas, mas também como um espaço inserido num território geográfico e afetivo.

Num segundo momento do texto trarei o trabalho clínico realizado nos grupos. Como já mencionado anteriormente, o atendimento da recepção é um lugar de passagem, preliminar ou não a outro atendimento. Assim, entendemos que o ato da recepção pode ser considerado como um ato clínico, pois o que acontece neste lugar pode ser decisivo para os passos seguintes produzindo desta forma efeitos terapêuticos e subjetivos no (a) paciente. Pois muitas vezes, o (a) paciente modifica sua posição frente ao que lhe faz sofrer. Desta forma, já neste início e ao longo de todo o processo, acreditamos que a transferência seja um dos principais suportes para a condução destes grupos.

2.1. O espaço e as coordenadas institucionais.

O grupo de acolhimento em que participei como coordenadora faz parte do ambulatório de saúde mental do Centro Municipal de Saúde Clementino Fraga que está localizado no bairro de Irajá e foi inaugurado em março de 1977. É um ambulatório situado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, com uma área populacional de aproximadamente 01 (um) milhão de habitantes. Corresponde a Área Programática 3.3 (AP 3.3) e ao eixo Madureira-Irajá. Esta região possui além do ambulatório do Centro

Municipal de Saúde Clementino Fraga, três Centros de Atenção Psicossocial: o CAPS II Rubens Correa (para adultos), CAPS AD III Paulo da Portela e o CAPSi Heitor Villa Lobos (para crianças e adolescentes).

Observamos que as constantes mudanças na organização política e institucional da rede de saúde, com a proposta de criação de novos serviços e programas de atenção à saúde da população, geraram importantes impactos na configuração e articulação dos serviços de saúde, incluindo os ambulatoriais. Podemos ressaltar, por exemplo, a ampliação da assistência em saúde de base comunitária com a criação dos programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes programas têm como proposta dentre outras: (a) a atuação a partir do contexto familiar; (b) a continuidade do cuidado, privilegiando a criação de vínculos entre os profissionais e os (as) pacientes; (c) e a organização e o apoio matricial da rede.

De acordo com o Documento que apresenta as linhas de ação para as atividades a serem realizadas no ambulatório de saúde mental (2016), o ambulatório deve ser considerado um dispositivo estratégico da rede de Saúde Mental que oferece atendimento de média complexidade a pessoas em sofrimento psíquico. Atende assim, situações que não necessitam de um suporte mais complexo e intensivo de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e que necessitam de cuidado para além do que é oferecido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Assim, na atenção ambulatorial em saúde mental integram as ações de recepção (acolhimento individual e grupos de recepção), os atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, busca ativa e visitas domiciliares, o trabalho territorial, o apoio matricial e a articulação do cuidado em rede intra e intersetorial.

Atualmente o ambulatório do CMS Clementino Fraga possui cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e (01) um Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF). Transformou-se assim numa Unidade B, pois apresenta dois níveis de cuidado: as de atenção primária (as ações que compreendem promoção, prevenção e proteção à saúde) e secundária (pautado pelo atendimento e tratamento por especialidades).

Verificamos que todas estas mudanças também promoveram modificações na proposta e na forma de acolhimento de novos pacientes para atendimento. Os grupos

passaram a ocorrer todas as quartas feiras no turno da manhã e eram coordenados pelos psicólogos. Havia um número definido de vagas que eram previamente agendadas pelo Sistema de Regulação de Vagas (SISREG) – em média seis novos casos por semana para cada profissional – a partir de consulta realizada pelo médico da clínica da família de referência. Contudo, se o (a) paciente não tiver uma clínica da família de referência, ou seja, seu local de moradia não tem cobertura da estratégia da Saúde da Família, ele é então de responsabilidade do ambulatório e tem que passar pelo acolhimento geral do ambulatório para posteriormente ser inserido no SISREG.

Entretanto, cabe sinalizar que não há uma porta de entrada única para todos os serviços de saúde. Cada serviço de saúde mental, seja um ambulatório ou um CAPS, possui sua própria porta de entrada. Desse modo, as pessoas que buscam atendimento nestes serviços devem ser acolhidas pelas múltiplas portas de entrada da rede. Percebo, a partir de minha experiência, que isto traz algumas consequências, posso mencionar não só a peregrinação que as pessoas fazem pelas portas de entrada dos serviços, como também a necessidade de uma construção constante de comunicação e de interação entre os serviços para qualificar a avaliação e o encaminhamento destes atendimentos iniciais.

Com o objetivo de melhorar a comunicação entre os serviços e conseqüentemente seu funcionamento, a Superintendência de Saúde Mental em conjunto com a Coordenação de Saúde Mental da AP 3.3 vem investindo na formação e na articulação dos serviços de saúde que compõem esta região. Dentre os diversos incentivos para este trabalho entre os dispositivos de cuidado e atenção à população, podemos destacar: (1) a construção permanente da rede de atenção em Saúde Mental; (2) a territorialização dos atendimentos e (3) o apoio matricial.

Estas três ações, a construção de uma rede de cuidado, os atendimentos direcionados ao território de moradia do (a) paciente e o apoio matricial às unidades de saúde básica buscam não só possibilitar uma melhor integração entre os serviços de saúde como também norteiam e direcionam o trabalho a ser realizado nas unidades de saúde, e principalmente nos dispositivos dos grupos de acolhimento.

Neste momento, penso ser importante nos determos nestas ações. No entanto, cabe apontar que não irei me aprofundar em cada uma delas – pois cada uma destas ações além de terem um contexto histórico para sua constituição também apresentam uma multiplicidade de significações que fogem ao propósito de nossa discussão – no entanto, faz-se relevante pensarmos em como cada uma delas traçam algumas diretrizes que influenciam o trabalho a ser realizado nos grupos de acolhimento.

(1) A construção permanente da rede de atenção em Saúde Mental.

Segundo o Humaniza SUS, a constituição de redes de assistência em saúde sempre esteve presente na agenda de gestores e de formadores das políticas públicas de saúde desde a década de 1980 com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que não há um equipamento ou equipe de saúde autossuficiente na produção do cuidado. Pela complexidade, os procedimentos em saúde envolvem vários ramos do conhecimento, de modo que a ideia de um trabalho em rede torna-se imprescindível ao funcionamento, sendo inerente para as atividades direcionadas ao cuidado em saúde.

A rede de atenção em Saúde Mental pode ser então entendida como um conjunto de serviços em que permite a existência de inúmeras possibilidades de combinação e de articulação entre os dispositivos de saúde e ações, gerando diferentes configurações de redes. Busca-se um olhar mais horizontal com relação ao atendimento e acolhimento dos pacientes. Estas diferentes estratégias na construção da rede de atenção em saúde mental podem envolver, dentre outras, a implementação de serviços substitutivos e de ações de saúde mental na atenção básica; a construção de práticas de apoio matricial; a supervisão de casos; e o atendimento conjunto realizado entre os serviços especializados e de atenção básica, etc.

Quindere, Jorge e Franco (2014) afirmam que as redes formadas dentro do sistema de saúde têm expressão no meio social. Isto mediante os diversos agenciamentos que são criados e que propiciam o surgimento de novos modos de relação no meio social onde cada sujeito está inserido. E acrescentam:

“Adaptam-se às novas possibilidades de atuação dos sujeitos no campo de produção de vida, produzem múltiplas conexões e fluxos constituídos a partir de processos que interligam os diversos atores, e criam linha de contato entre os agentes sociais”. (p. 256)

Mesmo que o trabalho a ser realizado busque a articulação e desse modo, novas combinações da rede de atenção à saúde, e que traga impactos e efeitos ao âmbito social como um todo, nem sempre esta articulação é possível. Pois muitos são os desafios. Desta forma, em seu artigo, Zambenetti e Perrone (2008) destacam que uma das dificuldades, que até hoje observamos, é criar um sistema de saúde em rede que supere o isolamento dos serviços em níveis da atenção. Muitas vezes, os serviços se mantêm isolados, centrados em sua forma de funcionamento, produzindo assim uma baixa comunicação entre as equipes e, conseqüentemente, uma segmentação do cuidado e dificuldades de continuidade da ação clínica pela equipe que cuida do usuário.

Fidelis (2013) levanta também um empecilho na realização da construção da rede. A autora aponta que a articulação entre os dispositivos da rede têm se mostrado muito complicada devido aos entraves burocráticos de alguns serviços e a saída de profissionais, sendo, frequentemente, preciso reconstruir laços de trabalho. Além disso, nem todos os profissionais que estão na rede acham importante esta articulação.

Ou seja, segundo estes autores, podemos inferir que construir uma proposta de trabalho em rede requer um movimento não só estratégico, mas também inventivo que leve em consideração as especificidades de cada serviço de saúde. Uma permanente construção de laços de trabalho que também deve estar presente na proposta de ação dos grupos de acolhimento.

(2) A territorialização da rede de atenção em Saúde Mental.

Segundo Godim e Moken (2009) o processo de territorialização pode ser entendido como um movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais. Isto é, a territorialização resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural.

No entanto, devemos estar atentos a alguns aspectos que estão presentes no significado do conceito de território. Os autores mencionados acima destacam dois aspectos relevantes: o primeiro são os múltiplos sentidos que a palavra território pode conter. Na saúde coletiva brasileira, este conceito adquire destaque, especialmente a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como um dos princípios organizadores e assistenciais mais importantes deste sistema. O segundo dos aspectos relevantes do território diz respeito aos processos que nele ocorrem, considerando suas múltiplas lógicas – algumas de emancipação e participação, outras que produzem sujeição e dominação. Ou seja, é fundamental considerar as diferentes lógicas do território, seus recursos, suas potencialidades e suas linhas de captura.

Seguindo esta mesma proposição, a constituição dos territórios na contemporaneidade já se expressava segundo Santos (1996), com base em dois movimentos: das horizontalidades e das verticalidades. As horizontalidades são os domínios de contiguidades, constituídos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades são formadas por pontos distantes uns dos outros, resultado de uma interdependência hierárquica dos territórios, conseqüente do processo de globalização econômica. De acordo com o autor, as intensas mudanças econômicas e políticas decorrentes das verticalidades – mundialização do capital e o modelo neoliberal de organização do Estado – trouxeram impactos negativos sem precedentes para a organização dos territórios, para as estruturas produtivas e sociais dos países em desenvolvimento, desenhando um cenário de profundas desigualdades sociais, com a exclusão de parcela significativa da população ao direito à vida e à cidade.

No setor saúde, podemos analisar que os territórios se propõem a estruturar-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania. A “lógica do território” (Lima e Yasui, 2014, p.594) é então uma ideia central, norteadora das ações a serem engendradas pelos serviços, de forma intrinsecamente associada ao tempo e ao lugar em que as ações são elaboradas e realizadas.

De acordo com Lima e Yasui (2014) no contexto da saúde coletiva, o conceito de território está presente em múltiplas dimensões e sentidos. Aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e está presente no

planejamento das ações locais, especialmente na atenção básica. O território da saúde coletiva é composto de produção coletiva, com materialidade histórica, social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político administrativo e institucional do setor. As autoras também acrescentam que a relação entre produção de cuidado e o território no qual esse cuidado é exercido é também uma questão central para a atenção psicossocial e aparece claramente enunciada, a partir de 2002, em diversos documentos relativos à Reforma Psiquiátrica. Assim, o território não é somente o bairro de domínio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida e de sua inserção no mundo. A proposta defendida pela Reforma é a de “territórios subjetivos” (p.599), que constituem a área de alcance da atenção psicossocial.

Assim, organizar um serviço que opere segundo a “lógica do território” (Lima e Yasui, 2014, p.594) é encontrar e ativar os recursos locais existentes estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social. É preciso criar uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos de seu entorno.

(1) Apoio Matricial.

A inserção de práticas em saúde mental na atenção básica evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já incluídos nos territórios.

Gazignato e Castro-Silva (2014) ressaltam que o apoio matricial surgiu a partir da constatação de que a Reforma Psiquiátrica não poderia avançar se a atenção básica não fosse incorporada ao processo. Observaram que concentrar esforços somente na rede substitutiva não seria suficiente, seria preciso estender o cuidado em Saúde Mental para todos os níveis de assistência, em especial, da atenção básica. O matriciamento visava então dar suporte técnico a essas equipes, bem como a estabelecer a corresponsabilização.

Ao ser entendido como uma metodologia de trabalho que visa assegurar retaguarda especializada, tanto em nível assistencial como técnico-pedagógico, o apoio matricial pressupõe uma construção compartilhada entre a equipe de referência, composta de profissionais da Estratégia de Saúde da família (ESF), que tem a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, e os apoiadores, que são especialistas com a missão de agregar conhecimentos à equipe de referência, contribuindo com intervenções que aumentam sua capacidade de resolver problemas.

Já em 2007, Campos e Domilte destacaram que o termo matriz carrega vários sentidos; por um lado, em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas, por outro, foi utilizado para indicar um conjunto de números que guardam relação entre si quer os analisemos na vertical, na horizontal, ou em linhas transversais. Pois bem, o emprego desse nome – matricial – indica essa possibilidade, a de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham relação horizontal, e não apenas vertical como recomenda a tradição dos sistemas de saúde. Trata-se de uma tentativa de atenuar a rigidez dos sistemas de saúde quando planejados de maneira muito estrita segundo as diretrizes clássicas de hierarquização e regionalização.

O termo apoio sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade, ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista não mais com base na autoridade, mas com base em procedimento dialógico. O apoiador procura construir de maneira compartilhada com os outros interlocutores projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias de seu núcleo de conhecimento, de sua experiência e visão de mundo, quanto incorporando demandas trazidas pelos outros.

As autoras acrescentam que o apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho, modo para se realizar a gestão da atenção em saúde, e, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Para que a interdisciplinaridade ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente facilitar a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, como também montar um sistema que

produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática e sistemática conforme cada projeto terapêutico específico. O papel de cada instância, de cada profissional, deve ficar bem claro. Alguém deve se responsabilizar pelo seguimento longitudinal e pela construção de uma lógica que procure integrar a contribuição dos vários serviços, departamentos e profissionais. Em geral, esse papel cabe aos integrantes da equipe de referência.

Podemos então pensar que o ambulatório de Saúde Mental, e conseqüentemente o trabalho a ser realizado no grupo de acolhimento deve buscar, em seu trabalho junto ao paciente, ser qualificado a partir da adoção da lógica da atenção psicossocial, lógica esta marcada pela consideração do sujeito em seu contexto cultural e socioeconômico e por uma leitura ampliada do processo de saúde e de doença o que leva a uma proposta de trabalho em rede integrando-se ao território.

2.2. O ato clínico nos grupos de acolhimento.

Pensar os grupos de acolhimento como um ato clínico de recepção a partir da teoria psicanalítica, é trazer à tona as ações que são trabalhadas neste espaço mediante uma escuta clínica sustentada por um lugar transferencial. Este ato pode ser entendido como uma ação de acolher aquele que chega com o seu sofrimento e seu pedido de ajuda sem ter uma solução imediata à queixa manifesta, mas sim interrogá-la e devolvê-la modificada. Levando em consideração a implicação daquele (a) que traz a queixa no sofrimento. Trata-se agora de uma intervenção propiciadora para uma abertura em direção ao inconsciente. No entanto, não precisamos desprezar que existem também neste trabalho as dimensões informativas, diagnósticas e de triagem que não requerem necessariamente trazer a marca de um burocratismo, pois este se contrapõe a uma postura de escuta receptiva e uma atividade clínico-interpretativa a qual nos propomos.

Durante o período que trabalhei na porta de entrada no ambulatório de Saúde Mental participei de algumas propostas de acolhimento às pessoas que chegavam ao serviço em busca de um atendimento psicológico. Lembro-me de um rapaz que buscou o serviço depois de ter assistido a uma reportagem na televisão sobre a depressão. Ele

disse no grupo: *“o programa de reportagem falou tantas coisas sobre a depressão que acho que tenho tudo. Será que estou deprimido?”*. Lembro-me também da mãe de uma criança que vem com o encaminhamento da escola. Ela falou no grupo: *“a escola é que me mandou”*. Constatamos assim que o ambulatório têm se configurado como um serviço de caráter mais amplo em relação ao pedido ou a queixa: podem atender o (a) paciente diagnosticado com algum transtorno mental e também ao que está vivenciando qualquer expressão de sofrimento.

Em seu artigo sobre a recepção em grupos, Oliveira (2000) já apontava que os grupos de recepção eram um espaço de acolhimento preliminar a qualquer pedido ou queixa do (a) paciente e que tinham como um de seus objetivos o encaminhamento para um possível atendimento buscando assim uma continuidade. A autora reforça que esta continuidade está entrelaçada ao endereçamento que o (a) paciente possa vir a fazer, na medida em que quer saber mais sobre o que o faz sofrer, a partir da transferência.

Outro ponto relevante é que grande parte das propostas de recepção incluem o dispositivo grupal como uma ferramenta de trabalho. Isto visa não só viabilizar um alcance maior do número de pessoas a terem acesso a um atendimento, como também uma aposta no efeito terapêutico que o grupo possa exercer. Como o que foi relatado por uma participante do grupo. Ela diz em um dos encontros: *“Quando a gente fala aqui com os outros é que vê o que está acontecendo e o que está dizendo”*.

Levcovitz (2000) em seu artigo sobre recepção já apontava a importância desta prática se dar em grupo. De acordo com o autor, para a grande maioria dos casos, pertencer a um grupo, compartilhar experiências alheias e participar ativamente de um movimento de reflexão coletiva tem se mostrado um poderoso instrumento diagnóstico e terapêutico. A ideia é que estar em grupo onde a fala e a escuta de todos os participantes tem um lugar e uma importância podem trazer efeitos. A proposta de trabalhar em grupo tem como objetivo socializar as experiências do sofrimento psíquico. Todos estão ali buscando não só respostas para seu sofrimento, mas também serem ouvidos em sua singularidade.

O acolhimento em grupo também nos permite discriminar, a partir dos diversos pedidos, qual a questão em meio ao emaranhado de queixas que tanto podem vir do

paciente como daqueles que o acompanham. Desse modo, os (as) pacientes que chegam ao grupo com seus acompanhantes trazem outro movimento ao trabalho a ser realizado. O que exige um cuidado no manejo para que todos possam se sentir acolhidos em suas falas. Geralmente, ouvíamos a todos e ao longo dos encontros promovíamos a separação, ou seja, o (a) paciente e seus acompanhantes eram acolhidos até o momento em que somente o (a) paciente permanecia no grupo. O interessante destes encontros é que já neste primeiro momento conseguíamos perceber a dinâmica familiar do (a) paciente e a posição que cada um tinha nestas relações.

No entanto, nem todas as pessoas que participam do grupo sentem-se confortáveis ou confiantes para falar de seu sofrimento na presença de outras pessoas. Nestes casos não podemos ser rígidos a seguir os protocolos de atendimento, cabe certa flexibilidade e manejo na condução do grupo e, assim, permitir um espaço para uma escuta individual. Como o que ocorreu com esta paciente: *No primeiro encontro com seu grupo ainda nas apresentações, uma senhora ouve um participante falar sobre a data do seu nascimento. Em prantos, ela deixa a sala repetindo 'para mim chega, para mim chega'. O grupo fica em silêncio e uma das psicólogas sai e vai ao seu encontro e a escuta individualmente. A paciente relata que a data falada pelo outro participante era exatamente a mesma do nascimento e do suicídio de sua única filha. Essa paciente não retornou ao grupo e continuou sendo atendida individualmente.*

Outros encaminhamentos chegavam ao grupo para que a queixa ou o problema fosse resolvido de forma imediata. Em um dos grupos recebemos a mãe de um menino de cinco anos com queixa de agitação e alteração de comportamento que nos pediu: *“A senhora não tem um remedinho para acalmar ele...”*; ou então quando uma mãe trouxe o seu filho de doze anos a pedido da escola por queixa de agressividade e mentiras, e ao final do grupo nos perguntou: *“o que faço com ele?!”*; ou então uma senhora que fazia uso de rivotril há anos e disse no grupo: *“Vim para que vocês me passem outra receita, só durmo com o remédio. Quando questionada pelo uso prolongado da medicação, nos disse que foi o cardiologista que a medicou, pois não conseguia dormir, mas ele se aposentou. Desde então vinha pegando o remédio com a vizinha”*.

No mesmo artigo mencionado anteriormente, Oliveira (2000) já apresentava em seu artigo que os grupos de recepção surgiram a partir de duas preocupações básicas:

qualificar a demanda e agilizar um primeiro atendimento no ambulatório. Com esta atitude, buscava-se interromper o circuito automático - queixa-remédio. A autora assim nos diz que:

“Qualificar a demanda significava, portanto, oferecer um espaço de fala onde o paciente pudesse frequentar quantas vezes fossem necessárias para clarear ou construir uma demanda de tratamento. Para isso, tornava-se imprescindível uma escuta atenta que contribuísse para romper o ciclo de adoecimento psíquico, a partir da preocupação em desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do paciente”. (p.32).

Esta citação nos remete a um artigo em que Tenório (2000) apresenta como uma das especificidades da clínica da recepção a desmedicalização e a subjetivação da demanda. O autor coloca que desmedicalizar a demanda e subjetivar a queixa do (a) paciente se conjugam numa ideia: a de que, diante de uma demanda que venha sob a forma de um pedido de resposta ou solução imediata, geralmente atribuindo ao “doutor” (p.84) o saber e o poder de “curar” (p84), deve-se procurar responder de modo a convidar o (a) paciente a dirigir sua atenção para sua implicação naquilo de que se queixa e convidá-lo a se interessar pela dimensão subjetiva daquilo que o acomete.

Segundo o autor, o sintoma teria um sentido relacionado à própria experiência do (a) paciente, não se ligando estritamente a uma verdade na nosografia, mas na relação particular do (a) paciente com o seu sintoma. Assim, pode-se falar em “desmedicalizar” (p.89), pois o sintoma não se restringe ao campo puramente médico.

“... desmedicalizar’ como ato de romper com o circuito segundo o qual a um problema trazido pelo paciente, o profissional responderá com a ‘resposta-remédio’, seja ela com um remédio, um diagnóstico, um encaminhamento precipitado ou mesmo uma ‘interpretação’”. (p.89)

Esta perspectiva se torna mais presente quando estamos realizando o grupo de acolhimento para crianças e adolescentes. O Documento que apresenta as linhas de ação para as atividades a serem realizadas no ambulatório de saúde mental (2016) traz como recomendação que o uso de medicação deve ocorrer somente se as intervenções de acolhimento e escuta do (a) paciente e de seus responsáveis, tais como psicoterapia,

grupos, oficinas, manejo nos contextos institucionais, etc., mostrarem-se insuficientes no manejo do sofrimento psíquico.

Este mesmo Documento apresenta como orientação que a recepção para o atendimento de crianças e adolescentes sejam organizados em grupos de pais ou responsáveis (avós, tias ou irmãos) de modo que eles possam especificar os motivos que os levam a buscar ajuda terapêutica. A criança e o adolescente não participam logo de início da avaliação, sendo preciso avaliar em cada caso quando serão recebidos.

Evidentemente que nem sempre os pais/responsáveis compareciam ao acolhimento sem as crianças ou os adolescentes, mesmo tendo uma notificação no encaminhamento pedindo para que estes não viessem neste primeiro momento. Nestes casos recebíamos todos para uma escuta e depois remarcávamos outro dia para conversarmos com os pais/responsáveis. O que observamos é que, em alguns casos, ou a criança e o adolescente permaneciam calados mostrando certo desconforto de estarem naquela situação junto aos seus pais/responsáveis, ou então, elas falavam na presença de todos. Recordo-me de um menino de sete anos que veio junto com sua mãe. Ela iniciou falando da agitação do filho, da queixa da escola e do medo que ele sentia; neste instante, ele interrompeu a mãe e começou a falar do medo que sentia do vento. Ele disse: *“não gosto dos dias de vento forte acho que a casa vai voar que tudo será destruído e começo a chorar”*. A mãe sorriu e disse: *“a avó é igual a ele”*.

O que a nossa prática indica é que quando estamos no grupo de acolhimento para escutar os pedidos de ajuda para as crianças e adolescentes, avaliando a queixa que os pais/responsáveis nos trazem em sua fala, observamos que embora venha normalmente revestida de muita angústia, esse pedido para se curar a criança ou o adolescente deve ser questionada. Pois, muitas vezes, o pedido dos pais se apresenta em direção a um ajustamento da criança ou do adolescente ao meio em que ele vive, seja este um ambiente familiar, escolar ou social. Podemos perceber que este movimento aponta para uma dificuldade em considerar e reconhecer que o sintoma da criança ou do adolescente pode colocar em evidência algo de seu próprio sofrimento. Freud (1916-1917) na Conferência XXIII já nos advertia sobre esta forma de se lidar com as experiências infantis. Segundo ele:

“Também as crianças tem as suas neuroses, [...] pois nelas o início da doença advém imediatamente após as experiências traumáticas. [...] As neuroses de crianças são muito comuns, muito mais comuns do que se supõe. Muitas vezes, elas deixam de ser notadas, são consideradas sinais de uma criança má ou arteira, muitas vezes, também, são mantidas em estado de sujeição pelas autoridades responsáveis pelas crianças; porém, sempre podem ser reconhecidas, retrospectivamente, com facilidade. Em geral, surgem sob a forma de neurose de angústia.” (p.425).

Inicialmente, o melhor manejo é pedir aos pais que falem sobre o filho, através do que falarão também de si mesmos, permitindo assim, uma compreensão inicial do contexto deste pedido de ajuda, da dinâmica familiar e da posição de cada um nesta relação. Ao mesmo tempo, este espaço de escuta para a fala dos pais/responsáveis propicia uma abertura para o estabelecimento de um campo transferencial de trabalho no qual seja possível formularem uma demanda própria. Como, por exemplo, esta situação ocorrida no grupo: *Houve um caso em que a mãe de um menino de oito anos compareceu ao acolhimento por encaminhamento do pediatra devido a uma alteração do comportamento. Ao longo dos encontros, a queixa principal que a trouxe se modificou, ou seja, o filho deixou de ser o foco de sua queixa e começou a falar mais dela e de sua relação com a mãe e com o irmão. Informa que todos moravam no mesmo quintal e que estava difícil para ela lidar com as constantes brigas da mãe com o irmão (usuário de drogas), além deste sempre arrumar confusão com os vizinhos onde sempre era convocada a intervir. Com as pontuações que foram sendo feitas ao longo dos encontros no grupo ela pode contextualizar a sua história e ao final nos disse: “acho que eu é que preciso de um tratamento”.*

De alguma forma, uma das funções do trabalho a ser realizado no acolhimento, é através da escuta dos pais que pedem ajuda para lidar com as dificuldades de seus filhos, realizar uma leitura atenta deste pedido. Não num sentido de julgamento, ou seja, de quem é a culpa, mas num sentido de se observar o que tem de cada um nesta fala. Ou seja, criar um espaço de trabalho que sustente a fala como um dos meios de que dispomos, e a transferência como um recurso fundamental.

Desta forma, arriscamos aqui uma aproximação inicial de pensarmos a proposta da clínica da recepção, desenvolvida nos grupos de acolhimento, sob o viés de um ato

clínico, com os efeitos que são produzidos pelo ato falho. Ousamos associá-los, por considerarmos que ambos têm a ver com a palavra e com o corte. Pois, assim como um ato falho é cometido e do qual não podemos mais voltar atrás para retirá-lo, isto porque há a partir daí uma marca entre um antes e um depois; o ato clínico presente no trabalho dos grupos de acolhimento seja para os adultos ou, seja para as crianças e adolescentes, têm também como proposição a realização de um corte que aponta para um antes e um depois, num movimento que abre espaço para a fala do (a) paciente e assim permite as possíveis interrogações sobre aquilo que está sendo dito através de sua queixa ou de seu sintoma.

Capítulo 3 – A transferência nos grupos de acolhimento: algumas reflexões.

Nos grupos de acolhimento observamos que o trabalho clínico a ser realizado neste espaço se faz a partir do que emerge ao longo dos encontros com os (as) pacientes. Partindo deste pressuposto, de que trabalhamos no grupo com aquilo que desponta no momento da fala, ou seja, do que nos trazem sobre seus sofrimentos, podemos considerar que a transferência que se estabelece é contingente. Esta perspectiva circunstancial da transferência formada nestes grupos está intimamente ligada tanto ao modo como a escuta se dá quanto às possíveis intervenções que são feitas neste momento.

Outro ponto que podemos destacar é que os (as) pacientes que chegam ao ambulatório, geralmente, vêm transferidos a um “espectro imaginário” (Figueiredo, 1997, p.171) muito amplo da instituição. A variedade de profissionais e dos dispositivos de atendimento e acolhida que incidem diretamente sobre o (a) paciente favorecem o estabelecimento da transferência. Sendo assim, um manejo inicial será necessário. Pois, mesmo que o (a) paciente não continue no atendimento, ou não venha em busca de um analista, nem por isso devemos obstruir um lugar para a fala com respostas imediatas. É possível ao longo desta trajetória nos grupos de acolhimento promover perguntas, abrir espaço para novos dizeres, até que, como efeito, aparece para o (a) paciente um dado novo – um querer saber sobre o que o faz sofrer.

Assim, não podemos desconsiderar que quando estamos numa instituição, e no caso num ambulatório de saúde mental, a transferência também se apresenta dirigida, muitas vezes, à própria instituição. Então, nos perguntamos: como manejar esta transferência no espaço institucional? E, neste caso, nos grupos de acolhimento?

Freud, em seu artigo de 1912, apresenta algumas particularidades da transferência e principalmente sinaliza como se dá a transferência nas instituições que se colocam à disposição dos chamados “doentes dos nervos” (p.136). Uma citação sobre a transferência em instituições se torna fundamental para pensarmos o nosso trabalho nos grupos, pois ela funda as possibilidades e impossibilidades de conduzir um atendimento,

já que é preciso prestar atenção a ela, uma vez que constituirá num ponto norteador em qualquer intervenção a partir dos conceitos psicanalíticos em uma instituição. Em suas palavras:

“Nas instituições em que doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com a maior intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico.” (p.136).

Esta citação nos demonstra um ponto essencial para a direção dos atendimentos em instituição. Este ponto refere-se à posição a ser tomada diante do lugar do saber nestes espaços de acolhimento para os “doentes dos nervos” (p.136). A partir da passagem do texto freudiano, somos advertidos para não tomarmos a instituição como um local de tratamento onde poderíamos reconstruir uma vida normal para um paciente ou adaptá-lo ao *status quo* vigente. Corremos o risco de oferecer um lugar no qual o (a) paciente teria a expectativa de beber da “fonte da sabedoria” daqueles que dele (a) o tratam como se estes detivessem um saber ao qual o (a) paciente em atendimento deveria se submeter. Neste caso, estaríamos indo na direção de tal “servidão mental” mencionada por Freud. Este é um ponto importante, pois nos revela que um acompanhamento terá que se dirigir às particularidades de cada paciente, mas apresenta também, principalmente, uma relação com o saber que nos permitirá ver os impasses e as possibilidades na relação transferencial nestes atendimentos.

Em outro momento do mesmo artigo, Freud (1912) nos diz que a transferência poderá se apresentar, e também nas instituições, nas suas versões: positiva, negativa e erótica, e as articula com o mecanismo da resistência. Segundo ele:

“A manifestação de uma transferência negativa é, na realidade, acontecimento muito comum nas instituições. Assim que um paciente cai sob o domínio da transferência negativa, ele deixa a instituição em estado inalterado ou agravado. A transferência erótica ou amorosa não possui efeito tão devastador nas instituições, visto que nestas, tal como acontece na vida comum, ela é encoberta ao invés de revelada. Mas se manifesta muito claramente como resistência ao restabelecimento, não, é verdade, por levar o paciente a sair da instituição – pelo contrário, retém-no aí – mas por mantê-lo

a certa distância da vida. Pois, do ponto de vista do restabelecimento, é completamente indiferente que o paciente supere essa ou aquela ansiedade ou inibição na instituição, o que importa é que ele fique livre dela também na vida real.” (p.141).

Observamos neste ponto que Freud se dá conta de outra configuração presente: o da transferência como suporte para a resistência. Desta forma, a transferência aparece como abertura ao tratamento e também como obstáculo à cura. O estabelecimento e o manejo da transferência passam então a ser considerados pontos fundamentais para um atendimento. O manejo transferencial implica assim em operar com a resistência. Pois sua ação principal está em transformar a compulsão do paciente à repetição num motivo para recordar.

Com a mesma proposta de pensar a transferência na instituição, em seu estudo sobre a clínica no ambulatório público, Figueiredo (1997) nos revela que o trabalho neste campo é privilegiado por receber uma clientela que sofre no corpo e na vida, porém, suporta o intervalo na marcação das consultas para se tratar neste espaço. E acrescenta que “o tipo de clientela que chega ao ambulatório se define principalmente pelo tipo de instituição e pela variedade de serviços oferecidos” (p.171) e que se pode constatar, inicialmente, uma transferência do paciente à instituição, uma transferência que se constitui, fundamentalmente, por uma suposição de saber.

Importante, entretanto, ressaltar que, a partir da ideia de suposição de saber dirigida à instituição, o (a) paciente, neste contexto, demanda uma escuta que não esteja marcada pela doença que o levou a buscar o ambulatório, mas sim uma escuta que propicie algo revelador em seu pedido através de sua fala. Isso somente ocorrerá se considerarmos que o (a) paciente não poderá ser reduzido a seu diagnóstico. Neste ponto, é interessante estarmos atentos quais as representações que essa condição de doente lhe traz, assim como seus efeitos subjetivos. É necessário considerar a importância da história de como se deu a patologia que o levou a buscar um ambulatório de saúde mental, lugar que guarda intrinsecamente a ideia da doença e da loucura, temas recorrentes no discurso e isso, certamente, traz uma relevância para a questão da transferência.

Esta observação que apontamos sobre o tema da doença e da loucura no discurso dos (as) pacientes pode ser identificado em algumas situações em que eles (as) chegam ao grupo de acolhimento com a seguinte fala, por exemplo: *eu não sou maluco!*. Este discurso inicial já sinaliza para aquele que está no lugar da escuta qual a representação que tanto a instituição quanto um possível atendimento têm para o (a) paciente. Consequentemente, esta posição trará efeitos para a relação transferencial, que poderá ou não se estabelecer. Pois, muitas vezes, esta postura do (a) paciente é nomeada como uma dificuldade de adesão ao tratamento, mas que também podemos considerar como sendo um sinal da resistência.

Neste momento, podemos realizar então duas leituras com relação a não aderência ou a não ligação do paciente a um possível atendimento que, de imediato, já é sinalizado no instante do acolhimento. Uma primeira leitura se faz em direção a que realmente o (a) paciente não quer realizar um acompanhamento no ambulatório por de certa forma não fazer sentido para ele (a) tal proposta. Por outro lado, podemos fazer uma leitura de que o (a) paciente não sabe ou não quer saber nada sobre o seu sofrimento. Neste ponto, podemos então fazer referência ao mecanismo da resistência que pode se utilizar deste movimento inconsciente para interromper o fluxo de seu discurso e assim dificultar o andamento do atendimento.

Desta forma, temos que estar atentos às diversas formas que o (a) paciente se utiliza para expressar sua queixa. Pois este sempre apresenta algo de um saber sobre si, de um saber contextualizado à sua história, mesmo que, inicialmente, este saber esteja direcionado à instituição. Isto é, que a instituição ou aquele que o acolhe esteja no lugar de uma suposição de saber. O que parece então ocorrer é que justamente a função de suposto saber, desempenhada por um membro da equipe do ambulatório, por exemplo, propicia a transferência e assim produz efeitos no (a) paciente. Ou seja, ao buscar um saber sobre sua doença, o (a) paciente poderá encontrar um saber outro sobre si mesmo diante daquele sofrimento. Há dessa forma, a viabilidade do (a) paciente nos surpreender com algo da ordem do inesperado, mas que a partir da transferência pode lançá-lo num novo projeto, o que, de certa forma, podemos identificar como uma ação terapêutica.

A partir desta breve introdução nos propomos então a pensar a transferência nos grupos de acolhimento. Isto porque, como observamos, o efeito da transferência no trabalho que é realizado nestes grupos está vinculado aos próprios fenômenos da fala, na medida em que esta implica necessariamente um interlocutor. A transferência se manifesta na relação de alguém a que se fala e deve ser pensada como seu sustentáculo.

Tomaremos então como referência teórica as contribuições de Freud e de Lacan. Inicialmente, com Freud, iremos percorrer alguns de seus artigos iniciais dedicados ao estudo da transferência. A uma etapa de seu pensamento acerca dos processos transferenciais que possibilitou, a partir de sua clínica, a construção de conceitos fundamentais que balizam a construção de todo o conhecimento sobre o tema.

Já com Lacan iremos pensar, a partir de seu conceito de *sujeito suposto saber*, a ideia do lugar da suposição de saber nos grupos de acolhimento. A proposta é apontar, a partir de alguns de seus textos, de como a suposição do saber serve como suporte para o estabelecimento da transferência. Pois, conforme este autor o conceito de *sujeito suposto saber* é definido como a base de tudo o que se apresenta em termos de transferência: “desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber (...) há transferência.” (p.220).

3.1. Freud e a transferência: um limiar para a clínica.

O conceito de transferência foi concebido por Freud a partir de sua prática clínica com a neurose, tendo sido por meio do tratamento com as histéricas que ele se defrontou com tal fenômeno, inicialmente, inesperado. Desta forma, a transferência surge como um obstáculo ao bom andamento do trabalho por manifestar-se, numa primeira experiência, sob a forma de um intenso interesse do (a) paciente pela figura do médico. No entanto, Freud deixa claro de imediato que este acentuado interesse não trata da pessoa do médico, mas sim do que ele representa.

Durante o início de seus estudos sobre as neuroses, Freud, em parceria com Josef Breuer, escreve *Estudos sobre a Histeria*, publicado em 1895. O então parceiro de Freud comunica-lhe o caso de uma paciente tratada sobre o método hipnótico. Trata-se

de Bertha Pappenheim, que na descrição do caso é denominada Anna O., cujo tratamento é finalizado precocemente por Breuer. De acordo com Freud, o encerramento precoce do caso acontece devido ao choque produzido, no médico, pela manifestação da transferência da paciente. Diante dos efeitos que a transferência e a contratransferência produzem até mesmo em sua vida privada, Breuer alarmado, abandona o caso e dá a paciente por curada. Mediante tal decisão do médico, essa paciente apresenta uma gravidez nervosa, ou seja, diante do impacto suscitado pela interrupção abrupta do tratamento ela reage com a produção de um sintoma neurótico. A partir do relato de Breuer, Freud começa a perceber que existe uma relação entre a sintomatologia produzida e o rompimento prematuro do vínculo afetivo entre essa paciente e seu médico. Portanto, fica entendido para Freud que a intervenção do médico tem a capacidade de influenciar, alterar ou até mesmo produzir sintomas.

Localizando o episódio de Anna O., em seu artigo de 1914, que traça a história do movimento psicanalítico, Freud, atento à significação da sexualidade na etiologia das neuroses e aos indícios da motivação sexual na transferência, indica a importância do saber que extraiu deste caso. Ele coloca:

“O surgimento da transferência sob forma francamente sexual – seja de afeição ou de hostilidade – no tratamento das neuroses, apesar de não ser desejado ou induzido pelo médico nem pelo paciente, sempre me pareceu a prova mais irrefutável de que a origem das forças impulsionadoras da neurose está na vida sexual.” (p.22)

O fundamento sexual da transferência é uma descoberta decisiva para Freud. Ou seja, ele aponta que a transferência, cujo conteúdo é sempre sexual, não é peculiar a nenhum outro tratamento, mas à própria neurose; o sentimento transferencial encontra-se pronto, por antecipação, só aguardando a oportunidade para dirigir-se à figura do médico, a qual por sua vez, ocupa na transferência o lugar de algum personagem importante na história do (a) paciente.

Em continuidade ao estudo dos textos de Freud, verificamos que a noção de transferência foi utilizada por ele em algumas passagens de seu trabalho sobre os sonhos (1900), estabelecendo as suas relações com a memória e a atualização do desejo. Neste contexto, o termo transferência é empregado inicialmente para designar, de modo geral,

a mobilidade própria que se caracteriza os processos de desejo em jogo no inconsciente, ou melhor, para designar o fato de que, devido às forças da resistência, as representações de desejos infantis são obrigadas a se deslocar para representantes substitutos do inconsciente. Como ele nos diz:

“Com esta aprendemos que uma representação inconsciente, como tal, é inteiramente incapaz de penetrar no pré-consciente, e que só pode exercer ali algum efeito estabelecendo um vínculo com uma representação que já pertença ao pré-consciente, transferindo para ela sua intensidade e fazendo-se ‘encobrir’ por ele. Aí temos o fato da *transferência*, que fornece uma explicação para inúmeros fenômenos notáveis da vida anímica dos neuróticos.” (Freud, 1900, p.513).

Assim, durante algum tempo, Freud utiliza o termo transferência para designar como através de uma série de encadeamentos associativos, o desejo inconsciente é obrigado a migrar de uma representação para outra. Nesse sentido geral, constatamos que o termo transferência era utilizado no plural para descrever a capacidade de movimento próprio e característico do processo primário que rege o inconsciente.

É somente a partir dos artigos sobre a técnica (1911-1915) que Freud procederá à formalização plena da transferência, definindo-a como a condição mínima e necessária para que o trabalho de análise possa ter lugar. Foram necessários anos mais de prática clínica para que ele pudesse constatar uma mobilidade particular de atualização do inconsciente no decorrer do tratamento, e que segue os mesmos processos que ele vira em ação na formação dos sonhos. Desse modo, o móbil da transferência, seja no sonho, seja no processo terapêutico, é sempre o desejo em sua insistência repetitiva, exigindo ser reconhecido.

Em seu artigo de 1912, Freud passa a falar da transferência no singular. A partir de agora, o termo transferência passa a designar o modo pelo qual o (a) paciente estabelece laço com o médico, colocando-o no lugar de objeto imaginário determinado pelo desejo. Este é um dos textos mais importantes dedicado a este tema, pois Freud trabalha basicamente as noções de transferência e resistência como sendo duas faces da mesma moeda.

Nesse texto Freud (1912) menciona a importância da transferência para o tratamento analítico: “[...] aquilo que constitui o fator mais forte no sentido do sucesso se transforma no mais poderoso meio de resistência”. (p.113). Porém, o que isso quer dizer? Inicialmente, ele diz que toda pessoa ao longo de sua vida conseguiu uma forma própria de guiar-se na vida erótica, sendo que esta atitude é repetida durante a vida numa espécie de “clichê estereotípico” (p.133). Uma parte de seus impulsos libidinais está voltada para a realidade, acessível à consciência, a outra parte foi retida ou está inconscientes. Freud então assinala que por a libido não ser completamente satisfeita pela realidade, o indivíduo está fadado a aproximar cada nova pessoa que encontra com “ideias libidinais antecipadas” (p.134). Assim, é presumível que algo do investimento libidinal, uma vez que é parcialmente satisfeito, se volte para a pessoa do médico. Aqui já é possível perceber que a transferência é marcada por uma satisfação. A partir de sua observação clínica, Freud então percebeu que em determinado momento a associação livre do (a) paciente cessava e esta interrupção podia estar relacionada com o médico ou com algo vinculado a ele. Freud nos diz:

“Nossa experiência demonstrou que: se as associações de um paciente faltam, a interrupção pode invariavelmente ser removida pela garantia de que está sendo dominado, momentaneamente, por uma associação relacionada com o próprio médico ou algo a este vinculado” (p.135).

Ou seja, a transferência com o médico coloca-se como resistência ao tratamento. Isto porque, o médico passa a fazer parte das “séries psíquicas” (p.134) do (a) paciente e passa então a fazer parte de todo o processo. Neste ponto Freud pontua que permanece como enigma de o porquê a transferência aparecer como a “resistência mais poderosa” (p.135). Ele declara que:

“O tratamento analítico [...] ele procura rastrear a libido, tomá-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade. No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper um combate; todas as forças que fizeram a libido regredir se erguerão como ‘resistências’ ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas.” (p.137).

Poder-se-ia ler a partir desta afirmação que a transferência só ocorreu a fim de conservar um novo estado de coisas provocado pela situação analítica, numa espécie de

conciliação. É na medida em que o (a) paciente percebe que não há proteção suficiente contra a revelação do material recalcado que lança mão da transferência como deformação, e que está, portanto, à serviço da resistência. Freud então nos aponta que: “o papel que a transferência desempenha no tratamento só pode ser explicado se entrarmos na consideração de suas relações com a resistência” (p.139).

Freud então distingue duas atitudes básicas do (a) paciente frente ao processo de tratamento: de um lado, uma atitude de cooperação, e outro, de resistência. Estas duas atitudes que se contrapõem entre si, foram então incluídas no mecanismo da transferência. Freud permite, assim, discriminar: uma transferência positiva ou amistosa e as resistências que se alimentam tanto da transferência erótica (quando o vínculo transferencial assume o caráter sexual), quanto da transferência negativa (quando o vínculo transferencial adquire um caráter hostil).

No que diz respeito à transferência erótica, Freud a define como um “enamoramento” (p.210) que, diferentemente da transferência positiva, torna-se intensa, revelando sua origem localizada em uma necessidade sexual direta, que inevitavelmente produz uma oposição interna a si própria. Já a transferência negativa reflete o deslocamento de impulsos agressivos em vez de libidinais. Os sentimentos hostis costumam se ocultar por detrás dos afetuosos, e tendem a se revelar mais tarde, embora também se possa encontrar a coexistência de ambos, assim, os sentimentos hostis indicam a presença de um vínculo afetivo, ainda que com um sinal de menos.

Nesta direção, Freud (1915) dedica um artigo sobre o amor transferencial, em que afirma que este, sob a forma de uma atitude afetiva em relação ao médico, é necessário para a condução de um tratamento; no entanto, quando o amor de transferência se torna o foco central e absorve completamente o (a) paciente, começa a interferir no bom andamento do atendimento, e isto é sinal da ação da resistência. Ele se pergunta, afinal, de que amor se trata em tal situação? Qual a diferença deste amor em relação ao amor existente na vida? Pontua então que não se trata de um falso amor por guardar as características do amor comum, diferenciando-se dele, porém, por ser produto da situação clínica. Em suas palavras:

“O amor transferencial caracteriza-se por certos aspectos que lhe asseguram posição especial. Em primeiro lugar, é provocado pela situação analítica; em segundo, é grandemente intensificado pela resistência, que domina a situação; e, em terceiro, falta-lhe em alto grau consideração pela realidade.” (p. 218-219).

Tal amor é fundamental para que se dê o tratamento; mas, é também sinal de resistência se for tomado em um sentido erótico. Neste caso, o que se observa é a interrupção da associação não por acaso, mas justamente quando o trabalho leva o (a) paciente a recordar algo recalcado – o que é uma evidência concreta da ação da resistência pela via do amor.

Desse modo, podemos constatar que a relação transferencial se estabelece como resistência ao trabalho de investigação. O (a) paciente tende a atuar para não recordar uma experiência infantil recalcada. Ou seja, ao colocar em ato o conteúdo recalcado, o (a) paciente entrega-se a um movimento regressivo, inconsciente (a repetição de conteúdos internos, relativos às suas disposições pulsionais) em vez de controlá-los conscientemente, mediante o recordar. Essa atitude psíquica frente aos aspectos infantis reprimidos promove um processo defensivo do ego frente ao médico, que é então transformado, na transferência, em um representante daquelas tendências pulsionais em relação às quais o ego se opõe. O médico, assim, passa a ocupar este lugar predeterminado na série psíquica do (a) paciente. O trabalho terapêutico se propõe a superar esta resistência de transferência, que obstrui o avanço do processo.

A transferência, seja ela amorosa ou, seja ela hostil, que antes servia exclusivamente à resistência e, nessa medida, constitui uma ameaça ao tratamento, torna-se então seu melhor instrumento. Freud (1912) coloca: “[...] a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência.” (p.139).

A técnica de tratamento consiste então na descoberta do material recalcado (isto é, não recordado) através das associações livres do (a) paciente e da interpretação das resistências, a fim de torná-las conscientes ao paciente. A resistência é vista como

condição inerente ao tratamento e o manejo da transferência é a arma que dispomos para lidar com a compulsão à repetição.

Dois anos depois de sua publicação sobre o fenômeno da transferência e de como ela opera no tratamento, em 1914, Freud dedicou-se a pensar a relação entre a repetição e a transferência. É nesse trabalho que surge pela primeira vez a expressão “compulsão à repetição” (p.197). O (a) paciente, expressa o que esqueceu e recalcou pela atuação, em vez de recordar, repetindo-o, mas sem saber disso. No entanto, Freud afirma:

“O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação dessa compulsão à repetição com a transferência e a resistência. Logo, percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual.”(p.197).

Naturalmente, quanto maior a resistência, maior será o trabalho da repetição, o que substituirá o recordar. A repetição é uma repetição do passado, mas se dá por atuação no presente, evocando fragmentos atuais, devendo ser tratada como algo atual, apesar de o trabalho se basear em remontá-la ao passado. Aqui podemos fazer referência ao conceito de posterioridade (*nachträglich*) em Freud, a partir do qual ele acentua que o (a) paciente modifica *a posteriori* os acontecimentos do passado, elaborando-os. Pois, só no futuro, somente depois, que o passado pode ser analisado.

Freud (1914) então questiona o que terá feito para suspender tal compulsão do paciente à repetição, e formula que isto depende do manejo da transferência, que pode permitir a transformação de tal compulsão num motivo para recordar. No desenvolvimento do processo terapêutico, os sintomas ganham um novo sentido, substituindo a neurose comum por uma “neurose de transferência” (p.201) acessível às intervenções que, no manejo da transferência, conduz o tratamento na direção da superação das resistências. Em suas palavras:

“A transferência cria assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real (...). A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa

intervenção (...). A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem, sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada.” (p.201).

Desta forma, podemos considerar que o manejo da transferência é utilizado por Freud para indicar como agir com ela desde o início de um tratamento. O manejo consistiria em fazer com que os impulsos despertados sirvam para causar a associação livre. Conforme ele nos apresenta:

“Todavia, o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. Tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido.” (p.201).

Além disso, Freud (1916-1917) nos adverte que temos que estar atentos às seguintes questões relacionadas ao movimento da transferência no campo terapêutico: onde surge a transferência; que dificuldades ela impõe ao atendimento; como podemos superar tais dificuldades e quais vantagens podemos obter desta situação? Como regra geral, Freud sugere que não devemos ceder às exigências do (a) paciente, conseqüente da transferência, nem as rejeitar de modo brusco ou irritado. Procura-se assim, superar a transferência através da interpretação, mostrando ao paciente que a origem de seus sentimentos não está na situação atual, nem se aplica à pessoa do médico, trata-se antes, de uma repetição de algo pertencente ao seu passado, graças à influência da regressão. Desse modo, a repetição pode ser finalmente transformada em uma lembrança, em uma recordação.

Podemos assim observar que Freud se dedicou à questão da transferência no tratamento analítico ao longo de toda a sua obra. Em suas últimas produções procurou apontar o quanto suas articulações teóricas estavam intimamente vinculadas à sua prática clínica. Desta forma, podemos destacar que, ao longo de seus artigos, a problemática da transferência esteve presente em dois pontos: o primeiro ponto dirigido à relação intersubjetiva entre o (a) paciente e o médico, tendo assim a característica fenomenológica da transferência. O segundo ponto evidencia a sua relação com o inconsciente. De fato, encontramos nesses dois pontos a particularidade da

transferência: funcionando como resistência à emergência do material inconsciente e como motor para um atendimento.

3.2. O lugar do suposto saber nos grupos de acolhimento.

Quando um paciente chega ao grupo de acolhimento traz em sua fala um pedido inicial pautado na suposição de que aquele que o escuta tem uma resposta que irá aplacar o seu mal estar, o seu sofrimento. Esta fala supõe assim um saber dirigido não só à instituição como também ao profissional que a representa. Desse modo, cabe apontar que, inicialmente, este saber está sustentado na ideia de que o Outro – seja este um lugar ou uma pessoa – sabe exatamente o que deve ser feito; ou seja, sabe alguma coisa sobre o desejo.

No entanto, a diferença no acolhimento desta demanda de resposta é que pode produzir ações terapêuticas e isto está intrinsicamente relacionado ao ato de quem a recebe. Pois, mesmo ocupando o lugar de quem se supõe um saber, partimos do princípio de que à medida que não há uma resposta a esta demanda, pode-se permitir a circulação da palavra e conseqüentemente um deslocamento que aproxime o (a) paciente das perguntas sobre o seu sofrimento.

Desta forma, podemos considerar que a noção do suposto saber se estabelece juntamente com a transferência. E, além disso, é interessante observarmos que esta suposição de saber pode comportar duas dimensões: uma dimensão encarnada numa instância, pessoa ou representação – como a que é dirigida à instituição -, e outra como uma abertura à compreensão de um suposto saber próprio do inconsciente que é fruto da articulação significativa.

Será justamente a esta segunda dimensão que nos propomos a pensar o trabalho desenvolvido no grupo de acolhimento. Uma vez que, tendo como suporte a relação transferencial a partir de uma suposição de saber, nos colocamos a levar o (a) paciente, através de nossas pontuações e interpretações, a pensar sua implicação no sofrimento que apresenta, e assim permitir a emergência de uma articulação significativa, um saber, que poderá tomar como uma surpresa estranhamente familiar.

Lacan, em seus estudos sobre este tema, parte então da concepção de Freud de compreender a transferência como resistência e traz para a discussão a ideia de que a transferência representa o fechamento do inconsciente. Pois, segundo Lacan (1964): “A transferência é ao mesmo tempo obstáculo à rememoração e presentificação do fechamento do inconsciente; que é a falta, sempre no momento preciso, do bom encontro.” (p.144). Ou seja, justo no momento em que a transferência se constitui como via de acesso às formações do inconsciente, que aí se atualizam, o que ocorre é um fechamento do inconsciente, sendo também a transferência um impasse ao trabalho. Logo, o inconsciente funciona na ordem de uma pulsação temporal, em termos de fechamento e abertura, e é somente de dentro desta pulsação que podemos realizar alguma intervenção.

Desta forma, acreditamos que este pensamento do conceito de transferência apresentado por Lacan (1964), encontra ressonância na formulação freudiana do amor como um esforço para recobrir a falta constitutiva. Acompanhando assim as ideias de Lacan, conferimos o amor de transferência como fundamento da própria transferência. Como consequência, o amor de que se trata na transferência tem de ser compreendido a partir de uma tentativa de relativização da falta.

Será então, no seminário sobre a transferência, que Lacan (1960-1961), a partir da análise de *O Banquete* de Platão, irá trabalhar este conceito pela ótica do amor. A princípio, ao situar este tema, Lacan nos lembra, que o amor está no início da experiência clínica. E destaca que tanto o (a) paciente quanto o médico estão envolvidos nesta situação. Ao sustentar então, neste momento de sua teoria, a presença de dois sujeitos na experiência analítica, evidencia, contudo, a não equivalência da posição dos dois. Visto que, não se trata de uma posição intersubjetiva e sim de uma relação assimétrica. Entretanto, é através da análise de *O Banquete*, que Lacan irá avançar em relação à transferência, ao identificar que o segredo de Sócrates diz respeito ao saber, e o saber tem relação com o amor. Como declara: “Sócrates pretende nada saber, senão saber reconhecer o que é o amor, saber reconhecer infalivelmente (...) onde está o amante e o amado.” (p.17). Podemos então inferir que a transferência está na fronteira, entre o amor e o desejo. Isto é, aquele que está na posição do amado substitui sua posição pelo do amante. Neste momento, se produz a significação do amor: o sujeito quer acreditar que o outro passou a lhe desejar.

Lacan confere uma especial atenção ao diálogo entre Sócrates e Alcebíades, principalmente no que se refere à recusa de Sócrates em atender as demandas de amor feitas por Alcebíades e, com tal atitude, de manter intacto o enigma acerca de seu desejo. Assim, desde esta posição, Sócrates pôde remeter Alcebíades ao seu verdadeiro desejo – Agatão. Deste modo, podemos considerar que aquele que se coloca no lugar de escuta convocando a posição subjetiva daquele que lhe dirige a palavra para que este aceda ao lugar de quem ama, aciona a mola da transferência. Logo, a afirmação de Sócrates de que não pretendia nada saber, a não ser o que diz respeito a Eros (ao desejo), e o diálogo que desenvolve com Alcebíades são tomados por Lacan como exemplares da situação da transferência.

Neste sentido, Lacan se aproxima do tema: “De que serve ser sábio em amor?” (p.43). Uma vez que, Sócrates pretende ser sábio, sobretudo, em relação ao amor. É ao redor disto, mais precisamente, que se coloca a questão da transferência no que diz respeito a um atendimento. Ou seja, a pergunta que se impõe é: “... qual a nossa relação com o ser do nosso paciente? Nosso acesso a este ser será ou não o do amor?” (p.54). Tais perguntas, inicialmente permanecem em aberto para nos fazer pensar, e para isso, continua Lacan: “Nada de melhor podemos fazer, nesse sentido, do que partir de uma interrogação sobre aquilo que o fenômeno da transferência é considerado imitar ao máximo, até mesmo chegando a confundir-se com ele: o amor.” (p54).

Lacan conclui que foi precisamente o saber de Sócrates, o saber sobre o que diz respeito ao desejo, que fez com que Alcebíades se encantasse por ele. É este saber sobre o desejo que desperta a paixão de Alcebíades. Isto é, Sócrates possui o “agalma” (p174), o objeto precioso, o segredo do desejo, e é a busca do signo deste desejo que move Alcebíades. Pois, não existe posição mais sedutora do que esta, a do saber. Sendo assim, Sócrates estando no lugar de quem detém o amor, indica o lugar da transferência. Nas palavras de Lacan:

“Pelo simples fato de haver: transferência, estamos implicados na posição de ser aquele que contém o *agalma*, o objeto fundamental de que se trata na análise do sujeito, como ligado, condicionada por essa relação de vacilação que caracterizamos como o que constitui a fantasia fundamental, como o que instaura o lugar onde o sujeito pode se fixar como desejo.” (p.243).

O nascimento do amor vincula-se ao fato essencial de que o desejo é o desejo do Outro. No amor, contudo, espera-se uma resposta na ilusão da reciprocidade. Mas o desejo se manifesta sempre na medida em que não sabemos. É então porque Sócrates recusa a solicitação de Alcebíades, mantendo o enigma de seu desejo, ao mostrar-lhe que neste lugar não há nada, que ele pode reenviar Alcebíades ao seu verdadeiro desejo.

Porém, verificamos que, esse amor não é estudado como uma repetição de um protótipo infantil, mas sim como uma crença de que encontramos, na pessoa amada, o objeto que perdemos desde sempre, objeto que buscamos a vida inteira e que, no entanto, nos é precioso. Esse objeto que o paciente acredita ter encontrado na pessoa do médico é o *agalma*. Conforme Lacan (1960-1961), este é o objeto que nos captura, a esse algo do outro que nos apreende e nos fascina, nos deixando enamorados. Mas, isso que o outro tem não é o que se busca; não há uma sintonia no amor, logo, este é uma ilusão.

Frente a esse amor do (a) paciente, como já mencionamos, o médico deve saber que o mesmo não se direciona a ele como pessoa. Somente não respondendo a esta demanda e colocando o (a) paciente para falar sobre suas questões e seu sofrimento é que permitiremos ao paciente caminhar do amor ao desejo, saindo do lugar de amado, passando para o lugar de amante, daquele que vai em busca do que lhe falta, e nessa busca, encontrar, então, o seu desejo. Desejo este que, segundo Lacan, aparece no deslizamento significante, no deslocamento de um objeto a outro, já que não há objeto que o complete.

Assim, podemos apontar que para permitir que se dê essa passagem do amor ao desejo, é necessário que aquele que se propõe a estar no lugar da escuta, no lugar do acolhimento, também seja regido por um desejo. Um desejo de fazer surgir o desejo do outro. Ou seja, pelo desejo de colocar o (a) paciente para associar livremente. Entretanto, não se trata de um desejo pessoal, algo que estaria no registro da vontade, da subjetividade, mas sim de uma função essencial, viabilizadora de um possível trabalho psíquico.

Este ponto fica evidente no Seminário 11, onde Lacan (1964) aponta que é no nível do Outro que o homem pode reconhecer-se como desejante, neste sentido: “o

desejo do homem é o desejo do Outro” (p.155). É então colocando entre parênteses seu desejo pessoal, que se permite a função do desejo como proveniente do lugar do Outro. Função esta essencial que possibilita a revelação do desejo do (a) paciente que pede um reconhecimento.

É com a noção do *sujeito suposto saber* que Lacan prioriza a articulação significante a partir da qual se estrutura a transferência. Isso faz dos afetos manifestados pelo (a) paciente no laço transferencial, efeitos imaginários do estabelecimento desta relação. Dentre estes afetos, destacamos o amor transferencial. Assim, Lacan desenvolve a noção de *sujeito suposto saber* ao afirmar:

“O sujeito entra no jogo, a partir de suporte fundamental – o sujeito é suposto saber, somente por ser sujeito do desejo. Ora, o que é que se passa? O que se passa é aquilo que chamamos em sua aparição mais comum *efeito de transferência*. Esse efeito é o amor. Amar é essencialmente ser amado” (p.245).

Deste modo, segundo Lacan (1964), a transferência como suposição de saber, é um produto da situação clínica, ao mesmo tempo em que é responsável por sua existência. Ao situar a transferência como consequência direta da experiência clínica, a noção de *sujeito suposto saber* coloca aquele que ocupa o lugar da escuta em uma posição privilegiada, caracterizando uma estrutura dissimétrica. Essa situação não dual de falar para alguém que não responde como semelhante, provoca uma atribuição de lugar. O (a) paciente passa a supor um saber sobre aquele que o escuta. Assim, cabe ressaltar que a resposta a este lugar de atribuição é que dará a possibilidade ou não para um trabalho terapêutico. É exatamente esta natureza da relação que permite que o (a) paciente fale de seus incômodos de um modo que lhe retornem como questão, deixando-se levar pela verdade sobre si mesmo, sobre o seu desejo. Essa busca se dá no limite de sua própria palavra, de sua fala a este Outro que é seu ouvinte.

Neste sentido, sempre que um ser falante se põe a demandar à um Outro alguma resposta, pode-se falar na suposição de um saber sobre o qual esta fala se dirige e isto constitui o suporte da transferência. Conforme nos diz Lacan: “A transferência é o pivô sobre o qual repousa inteiramente a estrutura do tratamento.” (p.131).

Porém, cabe acrescentar que este ouvinte privilegiado que, do lugar do Outro, convida então o (a) paciente a falar o que lhe vem à cabeça, respeitando assim a regra fundamental da associação livre; ou seja, neste convite, procura assegurar ao paciente que tomar a palavra não será em vão, que algo se associará e algum saber será elaborado. Esta situação traz embutida, contudo, uma falsidade, que é a ilusão do (a) paciente de que este saber, o saber do inconsciente, de alguma forma está constituído no Outro. É a própria transferência em atividade.

Com o conceito de *sujeito suposto saber*, Lacan isola algo presente na experiência comum, a referência, de todo questionamento, a um lugar em que se supõe haver um saber. Ainda que não saiba, a possibilidade de saber sendo antecipada em algum lugar, ou encarnada em alguém, ou suposta em algum procedimento permite no campo da clínica a instauração de uma função de suposição de um saber que opera em direção à transferência que torna atuante um atendimento, mesmo que este ocorra num grupo de acolhimento.

3.3 Sobre a transferência nos grupos de acolhimento.

A experiência de trabalho realizado nos grupos de acolhimento nos leva a considerar a transferência como um dos fundamentos necessários para que uma escuta clínica possa se estabelecer e desse modo, promover uma ação terapêutica que incida sobre a relação do (a) paciente com o seu sofrimento. Partimos do princípio de considerar esta transferência nos grupos como contingente, pois emerge a partir da fala do (a) paciente. Assim, como podemos pensar a relação transferencial nestes espaços de acolhimento? Podemos considerá-la como a uma transferência que se constrói ao longo de um tratamento analítico?

Alguns autores que se dedicaram ao estudo da transferência nos grupos de recepção nos ajudam a pensar sobre estas questões. Eles destacam em seus artigos que a transferência neste primeiro momento de trabalho junto ao paciente pode ter versões diferentes em sua apresentação. Assim, segundo Tenório (2000), nos momentos da recepção a transferência pode se caracterizar por “um vínculo frágil” (p.86) justamente por sofrer influência de variáveis clínicas tais como o tempo para a realização do grupo

ou o uso da medicação. No entanto, ele nos adverte que mesmo sendo um vínculo tênue e, fácil de ser rompido, fazendo com que o (a) paciente não retorne para a continuidade deste trabalho, ele não deve ser desconsiderado, mas sim manejado. Este manejo requer uma ação diante do pedido inicial que o (a) paciente dirige a instituição.

Já Nali (2002) defende que a transferência nos grupos de recepção apresenta-se de forma “sutil” (p.33), pois muitas vezes ela está dirigida aos diversos serviços que são oferecidos pela instituição. Isto implica que, em muitas situações, a transferência passa desapercibida ou, até mesmo, inexistente. Destaca então que se faz necessário um tempo para que ela seja percebida e valorizada não só pelos profissionais que são responsáveis pela realização dos grupos como também pelos demais integrantes da instituição. Esta concepção se aproxima da ideia proposta por Figueiredo (2001) de que na recepção teríamos uma transferência “pulverizada” (p.73) por estar em meio a tantas e tão variadas modalidades de intervenção. A autora destaca que esta dispersão deve-se a alguns fatores; seja porque não tomou a direção de um atendimento, ou porque é inerente à fragmentação da patologia ou, ainda, porque é fruto da oferta diversificada de serviços da instituição.

Observamos então, que o funcionamento da instituição, seja pelos diversos serviços que oferece ou, seja pela forma de recepção dos (as) pacientes, traz alguns questionamentos para o estabelecimento da transferência. No entanto, acreditamos que mesmo mediante a tantas versões que a transferência possa ter neste primeiro momento nos grupos de acolhimento – “frágil”, “sutil” ou “pulverizada” – consideramos que deva ser tomada, conforme já abordamos anteriormente, como o motor e o obstáculo para um atendimento, independente das diversas caracterizações que possa ter.

Para então sustentar nossa proposta, trouxemos nos tópicos anteriores deste capítulo, as contribuições teóricas de Freud e de Lacan. Estes autores trazem contribuições importantes sobre o tema da transferência e assim nos dão subsídios para ampliarmos nossa compreensão sobre o trabalho que realizamos nos grupos de acolhimento. Assim, com Freud, verificamos que ele se deparou com a transferência desde o início de sua prática clínica. Apresenta que o que caracteriza o fenômeno da transferência num tratamento é quando o (a) paciente transfere para o médico certas representações cuja origem inconsciente é evidente, principalmente, pelo seu caráter

repetitivo. E, simultaneamente, ele traz um segundo ponto: a transferência como expressão de uma resistência à rememoração.

Com Lacan enfatizamos a noção de sujeito suposto saber como suporte para a transferência. Para este autor, o (a) paciente supõe ao médico, e aqui incluímos também a instituição, ou seja, a função que este representa na relação transferencial, um saber, pela via do amor, sobre o seu desejo. A suposição de um saber passa então a ser produto da situação clínica, e ao mesmo tempo, é a responsável por sua existência. Desse modo, a transferência se manifesta na relação com alguém a quem se fala.

Figueiredo (1997) levanta uma questão relevante quando problematiza a noção do sujeito suposto saber nos grupos de recepção, já que este não deve se confundir com a ideia de que o “doutor é aquele que sabe” (p.174), pois estamos lidando com um saber vinculado ao inconsciente. A autora então pergunta: “Pode acontecer o sujeito suposto saber nos grupos?” (p.174). Ela então pondera que em determinados grupos não há a instalação do sujeito suposto saber por alguns pacientes tomarem o grupo como um espaço apenas interessante ou como forma de obter informações instrutivas para a vida. Já em outros, a suposição do saber pode circular entre os participantes e justifica pontuando que: “a função do ‘coordenador’, a quem é atribuída a última palavra, deve ser a de operar como facultador dessa circulação em que determinadas falas possam produzir efeitos sobre outras provocando elaborações” (p.175)

Corroboramos esta ideia da autora na medida em que enquanto estando no lugar da escuta ou da coordenação do grupo, não devemos responder a este lugar de saber, mas sim remetê-lo ao paciente ou ao próprio grupo. Assim, aciona-se uma busca por um saber próprio. Pois o saber é suposto, o que, de acordo com Lacan (1967), está em conformidade com a recomendação de Freud: “abordaremos cada novo caso como se não tivéssemos aprendido coisa alguma com suas primeiras decifrações” (p. 254). Ou seja, cada caso deve ser tomado como o primeiro, não havendo assim um saber já sabido.

Desse modo, nos propomos a pensar os grupos de acolhimento como um espaço clínico de trabalho, cuja proposta inicial é criar um lugar para a escuta. Permite, ao mesmo tempo, que emergja e se constitua uma fala do (a) paciente que o remeta a sua

história de vida e contextualize o seu sofrimento. Talvez, a característica, é que neste espaço cada encontro seja considerado como único. A transferência e o manejo de seus efeitos nesta relação transferencial, passam então, a ser tomados como uma ferramenta e um suporte fundamental para que o trabalho inicial se realize e que tenha algum efeito terapêutico. No entanto, empreender este trabalho nos grupos é um desafio, pois não remete somente ao paciente, mas também àquele que se propõe a acolher.

Considerações Finais.

Ao longo de todo este estudo tentamos sublinhar a importância da presença da transferência no trabalho clínico que é realizado nos grupos de acolhimento em um ambulatório. Estes grupos são espaços institucionais de recepção que têm por característica serem lugares de passagem. Entretanto, mesmo num tempo transitório, traz como fundamento a criação de um lugar para a fala e para a escuta. A transferência é assim, o próprio campo em que um atendimento a partir da fala pode se desenrolar.

Verificamos assim, que a transferência, ao contrário do que muitos imaginam, supondo-a como um facilitador para um tratamento, na verdade também se constitui como um momento onde a resistência se apresenta trazendo obstáculos que, para a continuidade do atendimento, deverão ser manejados. O que percebemos é que, mesmo numa instituição, através do trabalho realizado nos grupos de acolhimento, toda esta dinâmica também está presente.

Freud (1918) previa que o trabalho analítico poderia ser oferecido a um maior número de pessoas em instituições públicas e que a técnica poderia precisar de alguma adaptação neste contexto, mas os elementos mais importantes do trabalho continuariam a ser a psicanálise estrita, o que envolve a nosso ver, a associação livre e a transferência. Em suas palavras:

“Defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições. Provavelmente descobriremos que os pobres estão ainda menos prontos para partilhar as suas neuroses, do que os ricos, porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos, a doença dá-lhes um direito a mais a ajuda social. É muito provável também que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta; e também a influência hipnótica poderá ter novamente seu lugar na análise, como o tem no tratamento das neuroses de guerra. No entanto, qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir, qualquer que sejam os elementos dos quais se componha, os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e imparcial” (p. 210-211)

O trabalho clínico realizado nos grupos apresenta os seus desafios. Um deles é que nem todos que chegam ao serviço do ambulatório terão indicação para um tratamento. Além disso, temos que estar disponíveis e sem expectativas na condução deste trabalho para não impor propostas e, assim, permitir que venha a se construir, na relação transferencial, direcionamentos singulares para cada um, mesmo àqueles que não darão continuidade a um atendimento. A posição clínica daquele que acolhe, ou seja, que se encontra no lugar da escuta é determinante para que uma possível mudança no discurso do (a) paciente ocorra. Esta posição exige assim uma ausência de respostas e soluções. Visto que, o que observamos é que o investimento afetivo do (a) paciente, que é motivado pela suposição de um saber, está direcionado à figura do médico. Este saber pressupõe que o outro tem uma explicação para o que lhe faz sofrer. No entanto, temos que estar atentos para o fato de estarmos lidando com um saber que é desconhecido para o (a) paciente, um saber inconsciente.

Neste ponto, podemos retomar o que abordamos sobre as proposições feitas por Lacan (1964) em seu seminário sobre a transferência quando, a partir da leitura que realiza sobre *O banquete*, aborda a posição do amante e do amado. Segundo este autor, a transferência tem uma relação com o amor, ou melhor, com a demanda de ser amado. E observa que esta relação também se presentifica no processo analítico. Para então ressaltar as questões que auxiliam no exame da experiência clínica, Lacan nos apresenta a ideia da metáfora do amor, em que toma o amor como significante e a metáfora como substituição. Como afirma: “É na medida em que a função do amante vem no lugar da função do objeto amado, que se produz a significação do amor.” (p.57).

Em seu artigo, Lo Bianco (1998) ressalta que será na passagem do amor ao desejo - passagem esta onde não ocorre a correspondência do amor do analista ao amor do analisando – que podemos examinar e desenvolver a questão do surgimento do sujeito do desejo no tratamento analítico. Em suas palavras:

“... o paciente entra em análise com uma imagem de si arranhada por um sofrimento incapaz de ser dito. Sabe então que tem uma coisa, mas não sabe o que tem. Vem no lugar de objeto amado e desta forma se apresenta ao analista. Supõe que o analista saiba. A grande transformação se dá quando sai desta posição de quem espera sempre obter algo do analista que tudo sabe. Coloca-se no lugar de sujeito desejante daquilo que lhe falta.” (p.30).

Nos grupos de acolhimento há uma aposta que o (a) paciente possa vislumbrar a partir da ausência de resposta à sua demanda, aquilo que lhe falta – nem que seja para se questionar de o porquê estar ali – e desta forma ter um contato, mesmo que incipiente, com o seu desejo. É então a partir da prática psicanalítica, que temos um suporte teórico importante que nos auxilia a desenvolver um trabalho clínico com as pessoas que buscam um acolhimento para seu mal estar.

Tomamos aqui, então, a transferência como limiar – ultrapassar umbrais – onde cada percurso no grupo passa por limiares diferentes, desviando as portas óbvias e abrindo outras capazes de conferir a cada um o seu estilo. Com o ato clínico marcamos um antes e um depois permitindo assim uma mudança de atitude frente à queixa. Percebemos assim, transferências diversas que seguem se diferenciando do todo e de si mesma. E são elas que movem o trabalho clínico e o discurso que as sustenta. Os grupos de acolhimento, com a proposta da clínica da recepção, podem ser considerados, dentro do trabalho a ser realizado nos ambulatórios, como limiares, como umbrais, onde a relação transferencial possibilita a travessia.

Bibliografia.

ANDRÉ, J. – O a posteriori transferencial do início da vida. In: **Àgora**, Rio de Janeiro, v. XVI, número Especial, p.127-140, abr. 2013.

ARAÚJO, F.M. – O tempo em Lacan. In: **Àgora**, Rio de Janeiro, v. XIX, n.1, p.103-114, jan/abr. 2016.

BARATTO, G. – Genealogia do conceito de transferência na obra de Freud. In: **Estilos da Clínica**, v.15, n.1, p.228-247.2010.

CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A.C. – Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia do trabalho interdisciplinar em saúde. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23(2), p. 399-407, fev.2007.

CARNEIRO, A.B.F., PENA, B.F., CARDOSO, I.M. – Entrevistas preliminares: marcos orientadores do tratamento psicanalítico. In: **Reverso**, Belo Horizonte, ano 38, p.27-36, Jan. 2016.

DAMOUS, I., ERLICH, H. – O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27[4], p. 911-932. 2017.

FIGUEIREDO, A.C. – **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

_____ - Do atendimento coletivo ao individual: um atravessamento na transferência. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, v.VI, n. 17, p. 124-130. 2000.

_____ - O que faz um psicanalista na saúde mental. In: Venâncio, A. T., Cavalcanti, M.T. Saúde mental: campo, saberes e discursos. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, p.73-81. 2001.

FIDELIS, R.O. – **A recepção de usuários em um ambulatório de saúde mental: a importância da escuta do sujeito**. Orientador: Prof^ª.Dr^ª. Doris Rinaldi. Rio de Janeiro: UERJ, 2013. 78p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicanálise.

FREUD, S. - (1969 [1900-1901]). Interpretação de sonhos. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. V. Rio de Janeiro: Imago Editora.

_____ - (1969 [1893-1895]). Estudos sobre a histeria. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. II. Rio de Janeiro: Imago Editora.

_____ - (1969 [1912]). A dinâmica da transferência. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.131-143.

_____ - (1969 [1913]). Sobre o início do tratamento. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.163-187.

_____ - (1969 [1914]). Recordar, repetir e elaborar. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.191-203.

_____ - (1969 [1915(1914)]). Observações sobre o amor transferencial. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.207-223.

_____ - (1969 [1914]). História do movimento psicanalítico. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XV. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.13-82.

_____ - (1969 [1915]). O inconsciente. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XV. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.183-245.

_____ - (1969 [1916 (1915)]). Sobre a transitoriedade. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XV. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.343-348.

_____ - (1969 [1917(1916)]). Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 419-439.

_____ - (1969 [1917 (1916)]). Conferência XXVII – Transferência. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.503-521.

_____ - (1969 [1918]). Linhas de progresso na terapia analítica. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.199-211.

_____ - (1969 [1923(1922)]). Dois verbetes de enciclopédia. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p.285-312.

GARCEZ, M.M., COHEN, R.H.P. – Ponderações sobre o tempo em psicanálise e suas relações com a atualidade. In: **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v.17, n.3, p.348-362, dez. 2011.

GAZIGNATO, E.C.S., CASTRO-SILVA, C.R. – Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. In: **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.38, n.101, p.296-304, abr/jun. 2014.

GONDIM, G.M.M., MONKEN, M. – **Territorialização em saúde**. Disponível em: www.sites.epsjv.fiocruz.br.

LACAN, J. – (1998 [1945]). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.197-213.

_____ - (1998 [1951]). Intervenção sobre transferência. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.214-225.

_____ - (1998 [1953]). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.238-324.

_____ - (2008 [1960]). **O seminário, Livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ - (2008[1964]). **O seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____ - (2013 [1967]). Proposições de 09 de outubro de 1967. Sobre o psicanalista da escola. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.248-264.

_____ - (2013 [1971]). O ato de fundação. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, p.235-247.

_____ - (1971-1972). **O saber do psicanalista**. Centro de estudos psicanalíticos do Recife.

LIMA, E.M.F.A., YASUI, S. – Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. In: **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.102, p. 593-606, jul/set. 2014.

LO BIANCO, A.C. – Transferência: o amor que faz surgir o desejo. In: **Tempo Psicanalítico** – Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle/SPID, Rio de Janeiro, v.30, p.23-34. 1998.

LO BIANCO, A.C., SÁ, R. – A objetividade do experimento: a elisão do sujeito e de seu ato. In: BASTOS, A. (org.). **Psicanalisar Hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, p.67-78. 2006.

MACEDO, M.M.K., FALCÃO, C.M.B. – A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. In: **Psychê**. São Paulo, Ano IX, p.65-76, jan/jun. 2005.

- MANNONI, M. – **A primeira entrevista em psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- MARON, G. – Grupos de recepção: interrogando (n) os grupos. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, v.6, n. 17, p. 47-58. 2000.
- MATTOS, M.S. – **Transferência como limiar: temporalidade, imagens dialéticas e memória por vir**. Disponível em: www.appoa.org.br. Junho. 2015.
- MAURANO, D. – **A transferência: uma viagem ao continente negro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- MIRANDA JR, H.C. – Pesquisa e psicanálise: contribuições sobre a questão da transferência em instituição. In: **Transformações em Psicanálise**, v.2, n.2, p.65-80. 2009.
- MONTEZUMA, M. – Transferência e encaminhamentos na instituição de saúde mental. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, v.6, n. 17, p. 117-123. 2000.
- NALI, M.C. – A sutileza da transferência no contexto hospitalar. In: **Estilos da Clínica**, v.VII, n.13, p.32-41. 2002,
- OLIVEIRA, R.C. – A recepção em grupo no ambulatório do IPUB/UFRJ. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, v.6, n. 17, p. 30-46. 2000.
- PERREIRA, M. – **Onde está o sujeito? A transferência na psicanálise com muitos**. Orientador. Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia. Rio de Janeiro: UERJ, 2009. 113p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicanálise.
- PERREIRA, T. – **Considerações sobre a transferência na clínica das psicoses em sua relação com a fala: um ponto de partida ético**. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Anna Carolina Lo Bianco. Rio de Janeiro: IP/UFRJ, 2017. 117p. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica.
- PISSETA, M.A.A. – O sujeito suposto saber e transferência. In: **Revista Digital AdVerbum**. v. 6(1), p.64-73, jan/jul. 2011.
- RATTI, F.C., ESTEVÃO, I.R. – As entrevistas preliminares ao engaste da transferência. In: **A Peste**, São Paulo. v.3, n.1, p.61-68. jan/jun. 2011.
- RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. **Recomendações sobre o atendimento em saúde mental na rede básica**. Rio de Janeiro: 2007. Disponível em: www.saudementalrj.blogspot.com.br

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde. Coordenação de Programas de Saúde Mental. **Linhas de ação para atenção ambulatorial em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: www.saudementalrj.blogspot.com.br

TENÓRIO, F. – Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. In: A clínica da recepção nos dispositivos de Saúde Mental. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, v.6, n. 17, p. 79-91. 2000.

_____ – **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VALE, S.C., CASTRO, J.E. – O tempo e o ato psicanalítico na direção do tratamento. In: **Tempo Psicanalítico**. Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle/SPID, Rio de Janeiro, v.45, n.1, p.439-451. 2013.

ZAMBENEDETTI, G., PERRONE, G.M. – O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo da reforma psiquiátrica. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18 [2], p. 277-293. 2008.